

MANUAL DE GESTÃO DE INSCRITOS PARA CIRURGIA

PROCESSO DE GESTÃO DO UTENTE



Ministério da Saúde



Sistema Integrado de Gestão
de Inscritos para Cirurgia



CONTROLO DE QUALIDADE

Título

Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia
Processo de Gestão do Utente

Versão

3
2005-02-15

Autores

Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Ficheiro

Manual SIGIC vf3.doc

Circulação

UCGIC, URGIC e UHGIC dos hospitais

Comentários

Versão final desenvolvida após implementação na região piloto

ÍNDICE

I. ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	.I-1
II. SUMÁRIO EXECUTIVO	.II-1
III. INTRODUÇÃO	.III-1
3.1. Objectivos do Manual	.III-1
3.2. Enquadramento	.III-2
3.3. Processo de desenvolvimento do SIGIC	.III-2
3.4. Como utilizar o Manual	.III-4
IV. SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DE INSCRITOS PARA CIRURGIA	.IV-1
4.1. Visão	.IV-1
4.2. Objectivos e estratégias	.IV-1
4.3. Princípios-chave	.IV-2
4.4. Estrutura e funções das unidades de apoio ao SIGIC	.IV-3
4.5. Entidades envolvidas no SIGIC	.IV-4
4.6. Direitos e deveres dos utentes	.IV-6
4.7. Fases do processo de gestão do utente	.IV-7
4.8. Sistema de informação de suporte ao SIGIC	.IV-8
V. O PROCESSO DE GESTÃO DO UTENTE NO HOSPITAL DE ORIGEM	.V-1
5.1. Entidades envolvidas	.V-1
5.1.1. Utente	.V-1
5.1.2. Serviços cirúrgicos e outras áreas hospitalares envolvidas	.V-1
5.1.3. Unidade Hospitalar	.V-2
5.1.4. Conselho de Administração do hospital	.V-2
5.2. Considerações gerais sobre o processo	.V-3
5.3. Etapas do processo	.V-5
5.3.1. Proposta de cirurgia	.V-5
5.3.1.1. Preenchimento da proposta	.V-6
5.3.1.2. Entrega da nota de consentimento ao utente	.V-12
5.3.1.3. Validação pelo responsável do Serviço Cirúrgico	.V-13
5.3.2. Activação da inscrição	.V-14
5.3.2.1. Emissão do certificado de inscrição	.V-14
5.3.2.2. Correção dos dados da proposta cirúrgica	.V-15
5.3.2.3. Suspensão por motivos administrativos	.V-16
5.3.2.4. Pedido de suspensão por motivos plausíveis	.V-17
5.3.2.5. Pedido de cancelamento	.V-18
5.3.2.6. Readmissão do processo do utente	.V-19



5.3.3.	Agendamento da cirurgia	.V-20
5.3.3.1.	Programação dos utentes a agendar	.V-21
5.3.3.2.	Contacto para agendamento	.V-23
5.3.3.3.	Notificação de agendamento	.V-24
5.3.3.4.	Comparência aos episódios pré-operatórios	.V-26
5.3.3.5.	Verificação da preparação para cirurgia	.V-27
5.3.4.	Realização da cirurgia	.V-28
5.3.4.1.	Comparência para a cirurgia	.V-29
5.3.4.2.	Intervenção cirúrgica	.V-30
5.3.5.	Internamento	.V-31
5.3.5.1.	Registo de intercorrências	.V-32
5.3.5.2.	Registo de complicações	.V-33
5.3.5.3.	Alta do internamento	.V-34
5.3.6.	Conclusão do processo	.V-35
5.3.6.1.	Relatório de alta	.V-37
5.3.6.2.	Verificação da conformidade do processo	.V-38

VI. O PROCESSO DE GESTÃO DO UTENTE EM CASO DE TRANSFERÊNCIA .VI-1

6.1.	Entidades envolvidas	.VI-1
6.1.1.	Unidade Hospitalar do hospital de origem	.VI-1
6.1.2.	Unidade Hospitalar do hospital de destino	.VI-2
6.1.3.	Unidade Regional	.VI-3
6.1.4.	Unidade Central	.VI-4
6.2.	Etapas do processo	.VI-5
6.2.1.	Preparativos para a transferência do utente	.VI-5
6.2.1.1.	Aviso prévio ao hospital de origem	.VI-7
6.2.1.2.	Agendamento urgente	.VI-7
6.2.1.3.	Preparação do processo clínico para transferência	.VI-8
6.2.1.4.	Transferência do utente a pedido do hospital de origem	.VI-9
6.2.2.	Transferência para a Unidade Central	.VI-10
6.2.2.1.	Verificação da conformidade do processo clínico	.VI-11
6.2.2.2.	Seleção do hospital de destino	.VI-11
6.2.2.3.	Notificação da transferência ao utente	.VI-12
6.2.3.	Transferência para o hospital de destino	.VI-13
6.2.3.1.	Reinscrição do utente no hospital de origem	.VI-13
6.2.3.2.	Cativação da proposta de transferência	.VI-14
6.2.3.3.	Confirmação da proposta cirúrgica	.VI-16
6.2.3.4.	Execução da cirurgia	.VI-17
6.2.3.5.	Devolução do processo do utente	.VI-19
6.2.4.	Retorno ao hospital de origem	.VI-21

VII. ESTADOS E MOVIMENTOS NA LISTA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA	VII-1
7.1. Cancelamento do vale-cirurgia	VII-1
7.2. Colocação da inscrição do utente no estado pendente	VII-2
7.3. Suspensão administrativa da inscrição do utente	VII-3
7.4. Saída da Lista de Inscritos para Cirurgia	VII-4
7.5. Perda de antiguidade na Lista de Inscritos para Cirurgia	VII-7
7.6. Procedimento de registo de saída da Lista de Inscritos para Cirurgia	VII-7
7.7. Procedimento de registo da perda de antiguidade na Lista de Inscritos para Cirurgia	VII-8
VIII. DESCONFORMIDADES E PENALIZAÇÕES NO PROCESSO DE GESTÃO DO UTENTE	VIII-1
8.1. Níveis de desconformidades	VIII-1
8.2. Penalizações por desconformidades	VIII-4
8.3. Sistema de monitorização das desconformidades	VIII-6
IX. GLOSSÁRIO	IX-1
X. ANEXOS	X-1
10.1. Descrição dos avisos da aplicação SIGLIC no processo de gestão do utente	X-3
10.2. Sistema de Financiamento, Formação de Equipas e Remuneração, Incentivos e Penalizações	X-17
10.3. Qualidade e segurança nos sistemas de informação	X-45
10.4. Regulamento do SIGIC	X-49
10.4.1. Adenda ao Regulamento do SIGIC	X-62
10.5. Perguntas frequentes para utentes	X-65
10.6. Ficha Técnica - Capacidade instalada do hospital	X-77
10.7. Formulários	X-85
10.7.1. Modelo da Proposta de Cirurgia	X-85
10.7.2. Modelo único da Proposta de Cirurgia e Nota de Consentimento	X-86
10.7.3. Modelo dos Direitos e Deveres do Utente	X-87
10.7.4. Nota explicativa do preenchimento da proposta de cirurgia	X-88
10.7.5. Modelo da Nota de Consentimento	X-91
10.7.6. Modelo do Certificado de Inscrição	X-92
10.7.7. Modelo da Carta de Notificação de Transferência	X-93
10.7.8. Modelo da Carta de Saída da LIC	X-94



MANUAL DE GESTÃO DE INSCRITOS PARA CIRURGIA
Processo de Gestão do Utente

I. ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ARS – Administração Regional de Saúde
BO – Bloco Operatório
CA – Conselho de Administração
CID 9-MC – Classificação Internacional de Doenças, 9ª Edição, Modificações Clínicas
DR – Diário da República
EC – Equipa Cirúrgica
EA – Equipa de Apoio
EE – Equipa Extraordinária
ECG – Electrocardiograma
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
FAH – Factor de Ajustamento Hospitalar
GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo
ICD 9-CM – *International Classification of Diseases, 9th Edition, Clinical Modifications*
IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
ICM – Índice de *Casemix*
LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia
MRA – Modalidade Remuneratória Alternativa
MRC – Modalidade Remuneratória Convencional
MS – Ministério da Saúde
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MGIC – Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PPA – Programa para a Promoção do Acesso
PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
PB – Produção Base
PA – Produção Adicional
RIS – Rede Informática da Saúde
RX – Radiografia convencional
SA – Hospitais Sociedade Anónima
SPA – Hospitais do Sector Público Administrativo
SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC – Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia
SI – Sistema de Informação



TME – Tempo Máximo de Espera

TE – Tempo de Espera

TGO – Aspartato Amino Transferase – ASAT

TGP – Alanina Amino Transferase - ALAT

UCGIC – Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia

URGIC – Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia

UHGIC – Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VC – Vale-Cirurgia

II. SUMÁRIO EXECUTIVO

Na última década, a sociedade tem vindo a demonstrar, de forma crescente, um descontentamento face ao tempo de espera para a realização de cirurgias. Esta realidade deu lugar a algumas iniciativas governamentais que procuraram, através de programas de choque, diminuir o número de utentes que se encontravam em lista de espera há mais de um ano. Destaque-se, neste âmbito, o Programa para a Promoção do Acesso que se iniciou em 1999 e que progrediu para o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas, iniciado em 2002.

Apesar destas iniciativas terem tido um impacto significativo, rapidamente se constatou que uma vez terminadas, o problema do tempo de espera se iria agravar. Assim, em 27 de Abril de 2004, através da Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, publicada a 24 de Junho 2004, foi criado um Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) que abarcasse o problema na sua globalidade e que, de uma forma contínua e permanente, caminhasse progressivamente para a resolução desta situação que continua a ser uma das principais preocupações da população portuguesa.

Para a criação deste sistema integrado foram analisadas as abordagens realizadas por vários países europeus, com vista à resolução de situações semelhantes. Neste seguimento, foi construído um modelo de base processual que foi primeiramente implementado e testado nas regiões do Alentejo e Algarve, tendo estas sido eleitas para colaborarem na modelação final do sistema.

No período compreendido entre Abril e Novembro de 2004, assistiu-se à implementação deste sistema, à análise do seu impacto e, com a colaboração dos vários profissionais envolvidos no processo, à sua melhoria. Em Novembro de 2004, são publicados, em Diário da República, o Regulamento, a Tabela de Preços e o Clausulado para as convenções com entidades privadas e sociais, que vão permitir a operacionalidade do SIGIC. Em Dezembro de 2004, foram emitidos os primeiros vales-cirurgia, completando, assim, a implementação do SIGIC na região piloto.

O SIGIC assenta em 5 grandes princípios:

- Garantia de tratamento dentro de um período definido de acordo com regras claras;
- Maior compromisso do Hospital expresso pela emissão de um certificado de inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia;
- Maior envolvimento do utente no reconhecimento dos seus direitos e deveres, formalizado com a assinatura do consentimento para a inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia;
- Maior uniformidade do processo, garantindo, através da publicação de um regulamento processual, a uniformização do tratamento dos utentes com necessidade de terapêutica cirúrgica;
- Maior controlo e transparência através da constituição de estruturas reguladoras a três níveis: Hospitalar, Regional e Nacional.

O Processo

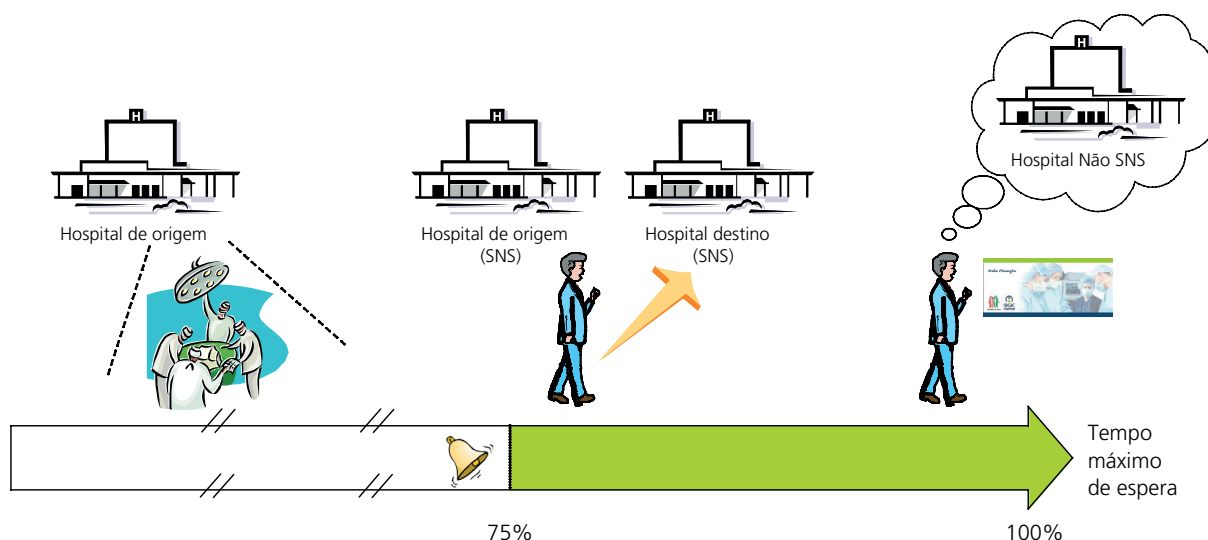


Figura 1 - Processo de gestão do utente inscrito na LIC

Como se pode deduzir da figura representativa do processo, o SIGIC assenta num formato simples: o utente dirige-se ao seu hospital onde, na sequência de uma consulta de especialidade, lhe poderá ser proposta a realização de uma cirurgia. Com a formalização do seu consentimento e na posse de um certificado de inscrição, o utente ficará a aguardar cirurgia na certeza que, de acordo com a prioridade clínica que lhe for estabelecida, virá a ser chamado num prazo máximo estabelecido.

O hospital dispõe de um período correspondente a 75% do tempo máximo de espera para resolver a situação clínica do utente. Não se verificando essa possibilidade, em colaboração com o hospital de origem, tentar-se-á transferir o utente para outro hospital público ou, caso tal não seja viável, entregar ao utente um vale-cirurgia que permitirá o recurso a um hospital privado ou social à sua escolha, de entre os que estiverem convencionados.

O utente pode sempre decidir não aceitar a transferência proposta ou o vale-cirurgia e permanecer no hospital de origem. Embora o utente nunca perca o direito a ser tratado, neste caso concreto, a contagem do tempo de espera será reiniciada, sem prejuízo do hospital proceder à revisão da prioridade clínica do utente e, caso entenda que se justifica do ponto de vista clínico, antecipar a cirurgia.

A escolha dos hospitais públicos para proceder à transferência, obedece a um algoritmo baseado na disponibilidade da prestação dos procedimentos cirúrgicos e na proximidade em relação à residência do utente.

Uma vez realizada a cirurgia e resolvidas eventuais intercorrências e/ou complicações, o utente regressará ao hospital de origem acompanhado de um relatório circunstanciado de todo o processo decorrido no hospital destino, e, caso seja necessário, prosseguirá com outros tratamentos.

O sistema informático desempenha um papel fundamental no âmbito do SIGIC, pois permite a melhor coordenação do processo, automatizando várias etapas, garantindo simultaneamente, a conformidade das mesmas.

O carácter integrador deste sistema informático, possibilita uma visão global dos movimentos na Lista

de Inscritos para Cirurgia, bem como da execução das cirurgias, constituindo, desta forma, uma importante ferramenta de gestão a nível do Hospital, da Região e do País.

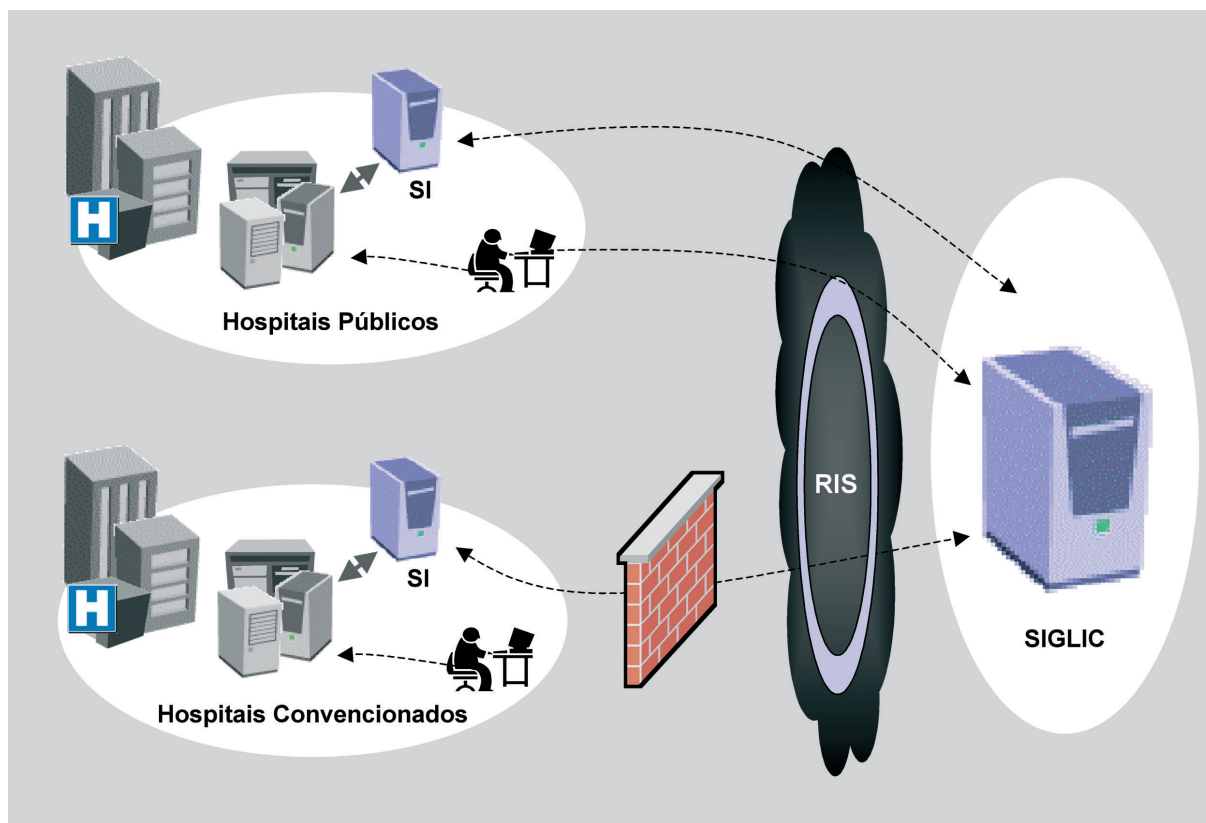


Figura 2 - Rede de interfaces entre os sistemas de informação dos hospitais e o SIGLIC

No SIGIC, os sistemas informáticos dos hospitais interagem através de um interface que, por via da Rede Informática da Saúde (RIS), transfere a informação que for gerada nos hospitais, coligindo, validando e distribuindo os indicadores resultantes dessa observação.

A transferência de utentes para outras instituições hospitalares e a emissão de vales-cirurgia é feita centralmente, de acordo com regras estabelecidas, permitindo assim a optimização dos recursos distribuídos pelo país.



MANUAL DE GESTÃO DE INSCRITOS PARA CIRURGIA
Processo de Gestão do Utente

III. INTRODUÇÃO

3.1. Objectivos do Manual

O presente manual procura coligir de uma forma clara os critérios subjacentes à gestão dos processos dos utentes na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC).

Deste modo, a sua aplicação a todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é um elemento de garantia de:

- Aplicação do **Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia** (SIGIC) que assegure a identificação única do episódio do utente e que inclua desde a indicação cirúrgica até à conclusão do processo:
 - Critérios uniformes de tratamento dos utentes ao longo das diferentes fases do processo;
 - Requisitos mínimos para a execução das tarefas/procedimentos inerentes ao processo;
 - Níveis e circuitos de comunicação céleres e eficazes entre os diferentes intervenientes no processo;
- Definição de **níveis de responsabilidades** para os diferentes intervenientes do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia:
 - Utentes;
 - Serviços Cirúrgicos e outras áreas hospitalares envolvidas;
 - Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia;
 - Conselho de Administração do Hospital;
 - Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia;
 - Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia;
- Gestão mais eficiente da Lista de Inscritos para Cirurgia através da **recolha** de um conjunto pré-definido de **dados**;
- Comparabilidade de resultados obtidos através da utilização de **critérios uniformes de avaliação** e de **controlo da qualidade** na gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia.

3.2. Enquadramento

A Resolução de Conselho de Ministros nº 100/2002, de 26 de Abril, aprovou a criação do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), programa esse que foi concebido com um carácter temporário (duração de dois anos) para fornecer uma resposta rápida e eficiente às situações emergentes e críticas dos utentes, dada a existência de longas listas de utentes a aguardar por uma cirurgia.

Aproximando-se o final do programa PECLEC e na perspectiva de dar continuidade a este esforço, a Resolução de Conselho de Ministros nº 79/2004, de 3 de Junho, cria o **SIGIC** com o objectivo de **reduzir o tempo médio de espera** por uma cirurgia e de controlar o tempo máximo de espera, pretendendo que todos os utentes que necessitem de uma intervenção cirúrgica estejam inscritos na LIC, procurando de uma forma progressiva que o tratamento cirúrgico decorra dentro do tempo clinicamente aceitável.

Este Sistema, que se pretende que seja **universal**, abarcando toda a actividade cirúrgica que se realiza de forma programada nos hospitais do SNS apoia o seu funcionamento em **unidades** criadas a **nível central, regional e local** e tem como suporte informático uma aplicação integradora de todos os **sistemas informáticos dos hospitais**, programa desenvolvido no âmbito do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF).

3.3. Processo de desenvolvimento do SIGIC

O desenvolvimento do SIGIC iniciou-se em **Janeiro de 2004** e contou com a participação de diversas entidades, nomeadamente vários hospitais públicos e privados, Administrações Regionais de Saúde (ARS), Direcção Geral da Saúde (DGS), IGIF, entre outros.

O estudo iniciou-se pela recolha das principais **experiências internacionais** em países como Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Austrália e Nova Zelândia.

Observámos que a maior preocupação de cerca de metade dos países da OCDE corresponde ao tempo de espera para cirurgia programada. As abordagens que vários países tiveram centraram-se, por um lado na **Oferta**, procurando aumentar os recursos disponíveis (camas, especialistas, salas de bloco), quer no sector público quer com o recurso ao sector privado, e fomentando a produtividade dos recursos instalados; por outro lado na **Procura**, criando prioridades de acordo com a patologia, gerindo a lista de inscritos para cirurgia, incentivando o recurso a seguros privados.

Observação da experiência internacional

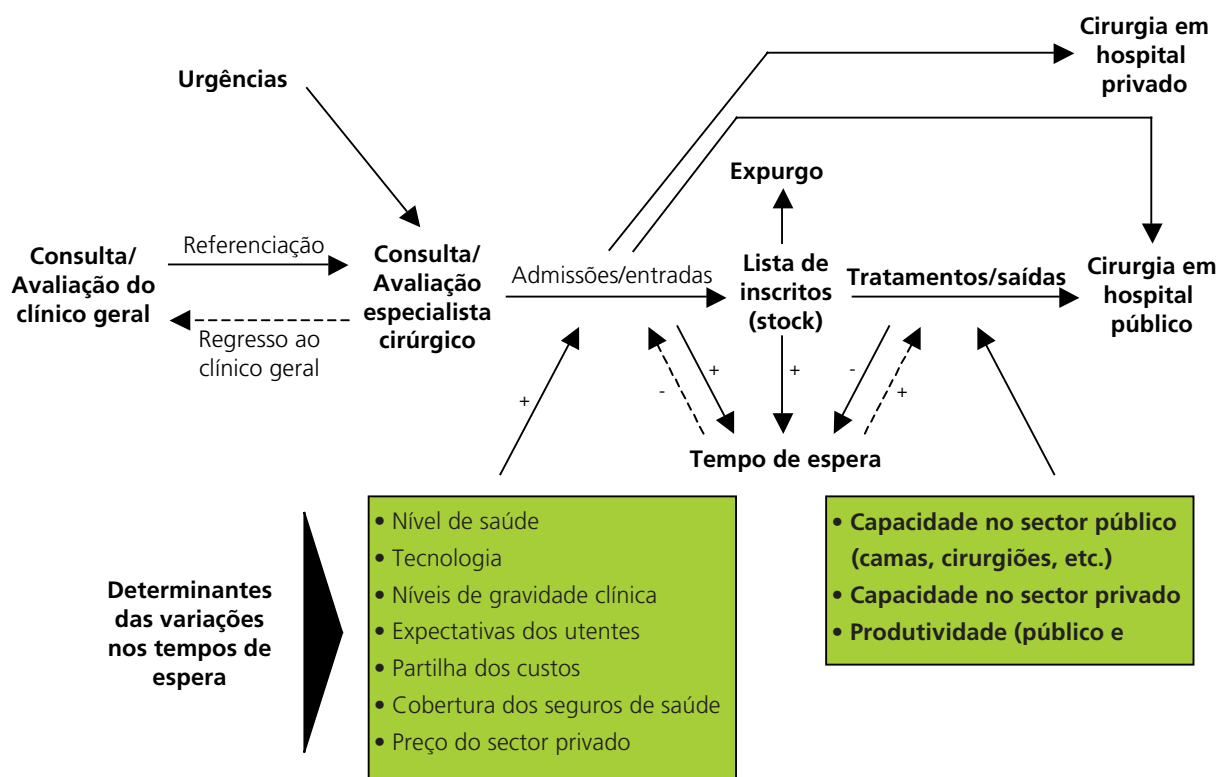


Figura 3 - Fluxos e determinantes do tempo de espera

Ao tentar sintetizar os principais elementos encontrados pelos diversos países para a resolução do problema da lista de inscritos para cirurgia (LIC), podemos definir sete grandes grupos de soluções:

- Centralização da gestão da LIC – através de informação permanente e actualizada optimizam-se os recursos disponíveis;
- Uniformização do processo de gestão da LIC – garantia de transparência e equidade;
- Divulgação da informação sobre a LIC – com formatos para os utentes, para os hospitais e para a sociedade numa política de verdade e transparência;
- Definição de objectivos institucionais – definições de tempo máximo de espera global ou por patologia;
- Fomento de métodos alternativos nas terapêuticas cirúrgicas – cirurgia de ambulatório;
- Criação de incentivos ou pagamentos para os profissionais indexados à produção;
- Oferta de alternativas de tratamento ao utente – com recurso à iniciativa privada e social com vista à garantia dos objectivos estabelecidos.

De seguida, definiu-se uma **região piloto** para arranque do novo sistema – Algarve e Alentejo – e fez-se o **levantamento do processo** de inscrição e tratamento da lista de inscritos nos hospitais públicos da região piloto, bem como em outros hospitais do país onde eram conhecidas práticas distintas de gestão do processo. Realizou-se, então, o **desenho do modelo** a nível de processos e sistemas de informação e redigiram-se **documentos de suporte** ao modelo.

Em meados de Abril, iniciou-se a **apresentação do modelo** a distintas entidades (incluindo os hospitais da região piloto) e recolheram-se os seus **comentários**. Paralelamente, fez-se também o **levantamento e análise das listas de inscritos** na região piloto e realizaram-se acções de **expurgo da lista** de inscritos pelo confronto dos dados das ARS e dos hospitais. Iniciou-se então um **conjunto de acções de sensibilização e formação** (detalhe do SIGIC, alterações informáticas e codificação CID-9-MC) com os Conselhos de Administração das ARS da região piloto, bem como com os principais colaboradores dos hospitais envolvidos no processo de gestão dos utentes inscritos para cirurgia (médicos, pessoal administrativo e administradores hospitalares) da região piloto.

Em Junho de 2004 foi lançado o processo de implementação na região piloto, através de um forte **empenhamento das estruturas organizativas de suporte** (UHGIC e URGIC) em utilizar as **novas funcionalidades informáticas** desenvolvidas no SONHO e no SIGLIC para a gestão do processo de inscrição do utente e na **monitorização contínua de indicadores** de evolução da LIC e de avaliação da capacidade instalada (e.g. taxas de ocupação do bloco operatório).

Para a elaboração deste manual contou-se com a participação de distintos profissionais de saúde quer ao nível dos hospitais piloto, quer ao nível dos órgãos centrais e regionais do Ministério de Saúde, de forma a beneficiar da sua experiência e conhecimento.

De futuro, caberá às equipas dirigentes e aos profissionais dos hospitais a implementação dos critérios nele contidos e a inclusão de sugestões adicionais, de forma a tornar real o **compromisso de diminuir o tempo de espera para a realização de intervenções cirúrgicas programadas**.

3.4. Como utilizar o Manual

Este Manual encontra-se estruturado em sete secções principais. Nas duas primeiras, são apresentados os objectivos que estiveram na génese deste manual e é feito o **enquadramento conceptual e organizacional** do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

Nas duas secções seguintes, e depois de identificadas as principais **responsabilidades** das diferentes entidades envolvidas na gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia, são descritas as principais **etapas do processo** de gestão desta lista: proposta de cirurgia; activação da inscrição; agendamento da cirurgia, realização da cirurgia, internamento, conclusão do processo e transferência de utentes. Para cada etapa são enumerados os principais critérios de selecção aplicáveis aos utentes, os procedimentos administrativos de suporte e as responsabilidades específicas de cada uma das entidades envolvidas nessa etapa.

De seguida, são apresentadas as diferentes situações despoletadas pelo utente e que poderão levar a uma **alteração do registo do utente**.

Na secção seguinte, são descritos os aspectos relativos às desconformidades que poderão ocorrer no processo de gestão do utente no âmbito do SIGIC com indicação das respectivas penalizações.

Por fim, é feita uma descrição do sistema de alertas criado para gestão do processo do utente na LIC.

Ao longo do manual são apresentadas algumas **sugestões**, cuja implementação é opcional, que pretendem facilitar ou tornar mais célere algumas das etapas do processo. Estas sugestões são o resultado da recolha de experiências observadas na região piloto e que, podem ser consideradas como melhores práticas. Para facilitar a sua identificação, estas sugestões estão devidamente identificadas com o símbolo de uma lâmpada:



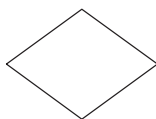
As etapas do processo são desenhadas através de fluxogramas. Esta ferramenta é utilizada para a definição do processo e identificação das etapas para alcançar o objectivo desejado.

Desenha-se graficamente cada etapa, começando pela primeira, tomando como exemplo o seguinte conjunto de símbolos:

COMO SE INTERPRETA



O rectângulo representa uma actividade, um passo individual do processo, sendo preenchido com uma breve descrição da actividade.



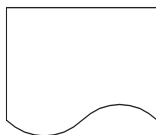
O losango representa uma decisão ou ponto de bifurcação do processo, sendo preenchido com uma palavra com a forma de interrogação. A resposta à mesma determina o caminho a seguir após este símbolo de decisão.



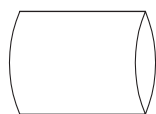
O rectângulo com os cantos arredondados indica o início e o fim do processo. Dentro deste símbolo deve ser inscrito "Início" ou "Fim", conforme seja desenhado no princípio ou no fim do desenho.



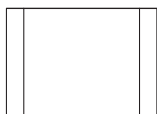
As setas de fluxo são utilizadas para representar o avanço na sequência de etapas, indicando a direcção do fluxo do processo.



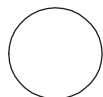
O símbolo documento indica que existe documentação escrita relativamente a determinada etapa, sendo o seu título escrito no interior do símbolo.



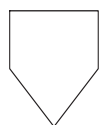
O símbolo de base de dados representa que a documentação relativa a determinada etapa encontra-se armazenada informaticamente, sendo o seu título escrito também no interior do símbolo.



O símbolo de sub-processo representa uma actividade do processo representado em fluxograma, que corresponde a um outro processo, sendo preenchido com o título do mesmo.



O elemento de ligação para a mesma página é um símbolo utilizado para indicar a continuação do fluxograma na mesma página ou quadro, quando este tem de ser quebrado.



O elemento de ligação para outra página é um símbolo utilizado para indicar a continuação do fluxograma numa outra página ou quadro, quando este tem de ser quebrado.

IV. SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DE INSCRITOS PARA CIRURGIA

4.1. Visão

Com o SIGIC pretende-se:

- Obter um conhecimento integrado das necessidades de terapêuticas cirúrgicas da população;
- Conhecer os procedimentos requeridos e as patologias subjacentes;
- Conhecer a actividade assistencial dos hospitais e relacioná-la com a sua capacidade instalada.

Com o conhecimento, que se pretende partilhado entre os vários intervenientes no processo, e o recurso às entidades privadas e sociais convencionadas, acreditamos ser possível diminuir o tempo de espera, otimizar os recursos do SNS e aumentar a equidade e transparência nos processos de acesso aos tratamentos cirúrgicos.

4.2. Objectivos e estratégias

O SIGIC apresenta como objectivos essenciais, a redução do tempo médio de espera para a realização de uma cirurgia e o controlo do tempo máximo de espera para cirurgia no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), mantendo e incentivando, para o efeito, as políticas de promoção do acesso aos cuidados de saúde. Para o efeito destacam-se as seguintes estratégias para alcançar os objectivos traçados:

1. Objectivo: Redução do tempo médio de espera para cirurgia

- **Estratégias:**

- Aumentar a capacidade produtiva dos hospitais através do recurso a formas de remuneração atractivas para os profissionais envolvidos, que permitam a utilização extensiva dos recursos instalados;
- Criar alternativas quando não existe capacidade de resposta;

2. Objectivo: Controlo do tempo máximo de espera para a realização da cirurgia

- **Estratégias:**

- Transferir os utentes que ainda aguardam pela cirurgia aos 75% do tempo máximo de espera ou emitindo vales-cirurgia, que lhes possibilita o tratamento necessário em instituições privadas ou de carácter social;

3. Objectivo: Rentabilização da capacidade instalada dos hospitais públicos

- **Estratégias:**

- Criar mecanismos que permitam aumentar o tempo de utilização dos recursos instalados, criando regras que promovam uma utilização mais rentável dos mesmos;
- Transferir a procura para hospitais com a capacidade assistencial não esgotada;

4. Objectivo: Clareza e uniformidade nos critérios de realização de intervenções cirúrgicas

- **Estratégias:**

- Publicar as normas processuais para a inscrição e progressão na LIC;
- Publicar o conjunto de direitos e deveres dos utentes inscritos;
- Publicar um conjunto de indicadores sobre a actividade cirúrgica e sobre a LIC de cada hospital.

4.3. Princípios-chave

A prossecução dos objectivos acima mencionados assenta em cinco princípios-chave:

- **Garantia de tratamento em tempo admissível** – O utente é classificado pelo médico proponente de acordo com a prioridade clínica por forma a garantir um tratamento em tempo admissível fixando objectivos específicos de tempos (máximos e médios) de espera e, caso seja previsível que o SNS não venha a responder dentro do tempo admissível, o utente poderá receber um vale-cirurgia que lhe dará acesso a uma unidade hospitalar convencionada à sua escolha;
- **Maior compromisso do hospital** – O hospital compromete-se formalmente com o utente através da emissão de um certificado de inscrição para cirurgia e o seu financiamento passa a ser em função da realização “atempada” da produção contratada;
- **Maior envolvimento do utente** – O utente deixa de ter um papel passivo, sendo-lhe reconhecido, por via regulamentar, um conjunto de direitos e deveres, nomeadamente a formalização do seu consentimento à realização da cirurgia e às suas regras de gestão;
- **Maior uniformidade do processo** – O processo de gestão é uniforme para todos os hospitais, suportado por documentos formais de apoio ao processo que serão conhecidos por todos;
- **Maior controlo e transparência do processo** – A gestão da lista de inscritos passa a ser feita centralmente e a nível nacional e os principais indicadores desta gestão serão publicados periodicamente.

4.4. Estrutura e funções das unidades de apoio ao SIGIC

As unidades de apoio ao SIGIC são três:

- Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (**UCGIC**);
- Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia (**URGIC**);
- Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (**UHGIC**).

A **UCGIC** encontra-se sediada no Ministério da Saúde, sendo, essencialmente, responsável pela definição e implementação dos mecanismos adequados ao funcionamento do SIGIC, garantindo a actualização constante do registo de utentes na LIC; pela selecção de processos e elaboração dos circuitos associados ao acompanhamento das transferências de utentes; definição de protocolos de transferência dos seus processos entre as várias entidades hospitalares (do SNS ou convencionadas). À UCGIC cabe ainda, garantir a melhoria contínua da qualidade de todos os processos implementados no âmbito deste projecto.

As **URGIC** encontram-se sediadas e na dependência das Administrações Regionais de Saúde, cabendo-lhes a monitorização, acompanhamento e controlo do processo conforme o definido no regulamento e manual, da produção cirúrgica hospitalar, da produção realizada face à contratada e do cumprimento dos objectivos fixados para cada hospital (SNS ou convencionado). As Unidades Regionais actuam ainda como garantes do cumprimento de protocolos de transferência previamente definidos, sendo responsáveis pela resolução de conflitos de interesse no âmbito do processo das transferências de utentes.

As **UHGIC** encontram-se sediadas nos vários hospitais, sendo responsáveis pela centralização da gestão de inscritos para cirurgia do respectivo hospital, pela monitorização interna do processo, pela correcção dos desvios identificados, pela observação da actividade cirúrgica de cada serviço e confrontação com os respectivos objectivos programáticos, pelo esclarecimento de dúvidas ao utente e pelo seu acompanhamento e aconselhamento durante todo o processo de transferência, cabendo-lhes ainda o tratamento das sugestões e reclamações apresentadas. As Unidades Hospitalares devem prestar todo o tipo de informação solicitada pelas URGIC e UCGIC, nomeadamente relatar com uma periodicidade mensal a produção efectivamente realizada face à produção prevista, bem como a adequação do agendamento de cirurgias face à prioridade e antiguidade de inscrição dos utentes.

A UHGIC deve ser constituída pelos elementos que o hospital considere importantes e participantes no processo de gestão do utente inscrito para cirurgia, isto é, não tem que ser uma unidade centralizada no hospital, num único espaço, podendo os elementos da UHGIC estarem dispersos pelos diferentes serviços cirúrgicos. A escolha dos elementos da UHGIC deverá ser realizada pelo Conselho de Administração (CA) de acordo com o melhor interesse do hospital, assim como a UCGIC não irá interferir nessa escolha, podendo quando muito aconselhar o hospital.

Em termos gerais, a UHGIC tem as seguintes funções:

- Relativamente aos processos de gestão abrangidos pelo SIGIC:
 - Criar, monitorizar e alterar os processos do hospital abrangidos pelo SIGIC no sentido de melhorar o processo de gestão do utente inscrito para cirurgia;
 - Solicitar à URGIC ou UCGIC o esclarecimento de dúvidas sobre os processos do SIGIC;
 - Contribuir com sugestões para a melhoria contínua dos processos do SIGIC que deverão ser enviadas à UCGIC;
 - Monitorizar o processo de gestão do utente inscrito para cirurgia a fim de identificar eventuais desconformidades e reportá-las ao CA do hospital, à URGIC e à UCGIC;
- Ser interlocutora do SIGIC junto das seguintes entidades:
 - Dos Serviços, por forma a dirigir as suas actividades de acordo com as necessidades do hospital ao nível da procura de serviços cirúrgicos e cumprir a produção contratada com o IGIF;
 - Das entidades gestoras dos sistemas informáticos do hospital, a fim de garantir o seu correcto funcionamento, identificando e reportando os erros no caso de existirem e solicitando formação quando necessário;
 - Do CA do hospital, a fim de fornecer toda a informação necessária às tomadas de decisão que optimizem a prestação de serviços cirúrgicos do hospital;
 - Da URGIC e UCGIC, por forma a garantir a disponibilidade dos instrumentos e informação necessários à execução dos processos no âmbito do SIGIC.

4.5. Entidades envolvidas no SIGIC

As entidades envolvidas no âmbito do SIGIC são as seguintes:

- Conselhos de Administração dos Hospitais;
- Conselhos de Administração das ARS;
- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF);
- Direcção Geral de Saúde (DGS);
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS);
- Ministério da Saúde (MS).

Os CA dos hospitais são os primeiros responsáveis pelo tratamento dos utentes de acordo com as regras do SIGIC e pelo dimensionamento das estruturas hospitalares à necessidade de resposta aos utentes, de acordo com as prioridades estabelecidas pelo corpo clínico tendo em conta as quantidades, prioridades e estratégia enunciadas pelo Ministério da Saúde.

Em particular, compete ao Conselho de Administração do hospital:

- Nomear os elementos da UHGIC e destacar um como o coordenador;
- Zelar pelo cumprimento das regras incluídas no Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC);
- Implementar as orientações emitidas pelas UCGIC e URGIC;
- Dimensionar a procura de procedimentos no hospital face à capacidade instalada, dimensionar os seus recursos por forma a dar resposta a essa procura em tempo útil (espera ajustada às prioridades estabelecidas), em especial nas áreas para as quais o hospital está orientado e em que a oferta noutros estabelecimentos não é adequada;
- Garantir a disponibilidade dos meios físicos e humanos necessários à produção de toda a cirurgia, com segurança e qualidade, independentemente do horário ou da modalidade em que é praticada. O CA do hospital deverá garantir ainda a qualidade dos serviços prestados em sede de subcontratação;
- Agir activamente na reorientação de utentes para os quais o hospital não tem capacidade de tratamento em tempo útil, em especial para os de nível de prioridade 2 e 3, através da referência para outros hospitais antes de formular a proposta, da transferência articulada pelo hospital ou da subcontratação de serviços dentro das normas contratuais;
- Garantir prioritariamente a realização das cirurgias que, pela sua especificidade, têm uma oferta reduzida noutras unidades hospitalares, sem que sejam comprometidos os critérios de prioridade e antiguidade;
- Promover a gestão otimizada do bloco operatório e serviços cirúrgicos, de modo a garantir a correcta exploração dos recursos disponíveis e verificar se estão adequados entre si, evitando assim estrangulamentos no processo;
- Estabelecer processos e sistemas de monitorização que garantam o fluxo e a fiabilidade da informação disponibilizada para a base de dados central, relativa aos processos descritos no MGIC;
- Garantir a avaliação dos níveis de prioridade clínica de cada proposta, através do envolvimento do Director/Responsável do Serviço Cirúrgico na verificação da adequação das justificações obrigatórias para os processos com níveis de prioridade 2, 3 e 4;
- Garantir que, nos processos em que houve alteração da prioridade, estão presentes os preceitos das boas práticas clínicas;
- Disponibilizar à UCGIC/URGIC a informação necessária à caracterização de um quadro de capacidade instalada, de acordo com os formulários que vierem a ser disponibilizados;
- Assegurar a segurança e confidencialidade dos dados, nomeadamente através da parametrização de perfis de acesso adequados ao sistema informático e da sua correcta utilização.

4.6. Direitos e deveres dos utentes

Para efeitos do disposto no Regulamento do SIGIC, aos utentes são reconhecidos os seguintes direitos:

- Fornecer o seu consentimento por escrito para a proposta de intervenção cirúrgica e aceitar as normas e Regulamento em vigor;
- Invocar motivo plausível para a não comparência na cirurgia e nos episódios associados ao procedimento cirúrgico proposto para os quais tenha sido convocado, quando estes tenham que ter lugar;
- Dispor de uma garantia de tratamento dentro do período máximo de espera definido nos termos deste Regulamento;
- Apresentar reclamação escrita sempre que se verificar alguma irregularidade em alguma das fases do procedimento.

Os utentes, para efeito do disposto no Regulamento do SIGIC, estão obrigados ao cumprimento dos seguintes deveres:

- Manter actualizados os dados constantes do seu registo na lista de inscritos para cirurgia, informando a Unidade Hospitalar (UHGIC) da alteração de quaisquer dos elementos que constam do seu processo, designadamente os contactos;
- Informar imediatamente a UHGIC de qualquer situação que impossibilite ou determine o adiamento da realização da intervenção cirúrgica programada;
- Comparecer a todos os episódios associados ao procedimento cirúrgico proposto ou justificar a sua ausência nos termos deste Regulamento.

A UHGIC, consultando o serviço envolvido, avalia os fundamentos invocados pelo utente para suportar uma acção ou omissão relativa à sua participação no processo da lista de inscritos para cirurgia que qualifica ou não como **motivo plausível** para a conduta adoptada.

Sempre que o motivo for do âmbito profissional ou clínico, a apresentação da justificação deverá ser acompanhada de declaração da entidade patronal ou de atestado médico, respectivamente.

A reclamação escrita que o utente pode fazer sempre que se verificarem irregularidades em alguma fase do procedimento será entregue à UCGIC/URGIC, no prazo de vinte dias úteis sobre a ocorrência ou seu conhecimento e deve conter a identificação completa do utente e do processo, bem como a exposição clara da situação verificada.

4.7. Fases do processo de gestão do utente

O novo sistema divide-se em duas fases distintas, sendo que a segunda fase apenas ocorre após terem sido esgotadas todas as hipóteses de resolução da situação do utente no hospital de origem:

- I. Até 75% do tempo máximo de espera o processo é gerido a nível do hospital de origem. Os principais procedimentos desta fase são apresentados de forma esquemática e não exaustiva na figura 4;

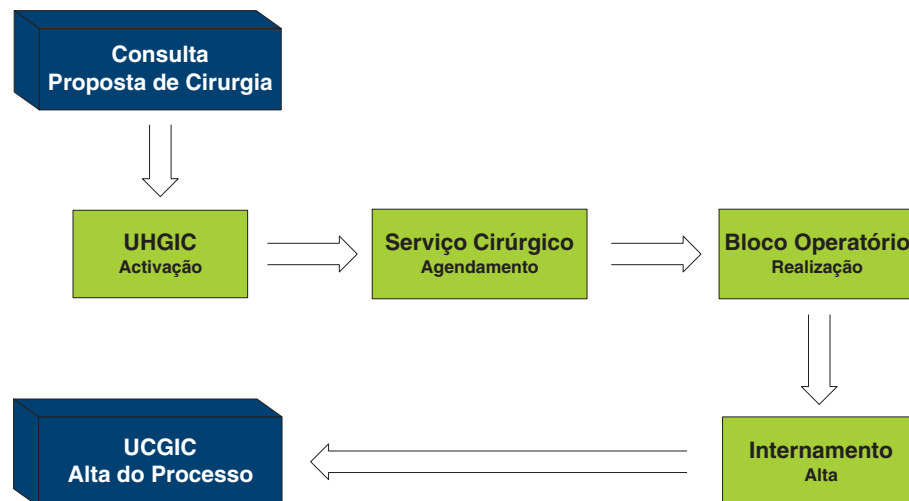


Figura 4 - Fase I do processo de gestão de inscritos para cirurgia

- II. Numa segunda fase, isto é, decorrido mais de 75% do tempo máximo de espera, e excepto no caso em que o hospital de origem dê garantias de tratamento até 100% do tempo máximo de espera (agendando o utente), o utente é transferido para outro hospital da rede SNS e, no limite, para uma unidade convencionada, externa ao SNS. Os principais procedimentos desta fase são apresentados de forma esquemática e não exaustiva pela figura 5.

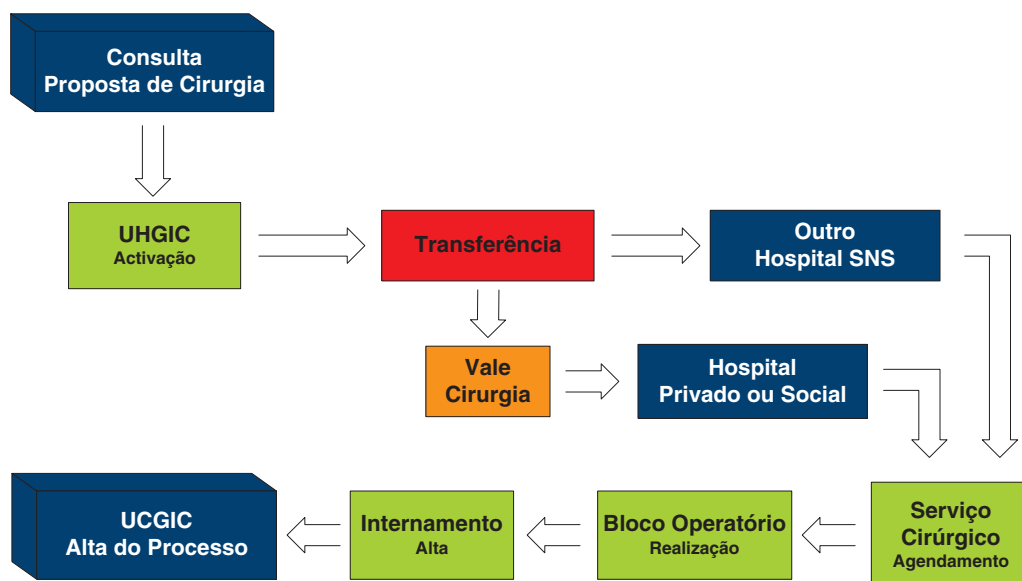


Figura 5 - Fase II do processo de gestão de inscritos para cirurgia

4.8. Sistema de informação de suporte ao SIGIC

Com a implementação do SIGIC, torna-se fundamental a existência de uma aplicação informática que permita por um lado consolidar a informação existente nos hospitais, por outro suportar algumas das etapas do processo e informar as entidades intervenientes sobre as acções realizadas. Esta aplicação, designada por SIGLIC, foi desenhada no sentido de suportar todo o processo de gestão do utente inscrito para cirurgia, desde a fase da inscrição até à fase da realização da cirurgia, passando pela fase do agendamento e suportando o processo de transferência do utente para outra unidade hospitalar.

As etapas que o SIGLIC suporta estão detalhadas da seguinte forma:

a) Inscrição na lista de inscritos para cirurgia:

- Proposta cirúrgica;
- Nota de consentimento;
- Validação;

b) Programação cirúrgica:

- Agendamento;
- Realização da cirurgia;

c) Alta do internamento;

d) Conclusão do processo;

e) Transferência de utentes:

- Transferência para o SNS;
- Emissão do vale-cirurgia;
- Devolução;

f) Movimentos das listas de inscritos para cirurgia:

- Suspensão da inscrição;
- Perda de antiguidade;
- Saída da LIC;
- Readmissão da inscrição;

g) Consultas no âmbito do SIGIC.

É no processo de transferência de utentes que o SIGLIC assume um papel fundamental e cujas etapas do processo passamos a enumerar:

- Previsão da capacidade de produção cirúrgica do hospital;
- Envio de carta ao utente para aferir a sua vontade em ser transferido para outro hospital;
- Definição do directório de hospitais convencionados disponíveis e emissão do vale-cirurgia;
- Concretização da transferência.

Para garantir a execução do processo de transferência de utentes no âmbito do SIGIC, é necessário que os sistemas informáticos dos hospitais forneçam dados ao SIGLIC e este, por outro lado, forneça dados às aplicações hospitalares, de modo a garantir o sincronismo de toda a informação.

Deste modo, o SIGLIC apresenta-se como uma ferramenta integradora da Lista de Inscritos para Cirurgia de todos os hospitais da rede SNS, permitindo a interacção entre as diversas entidades envolvidas no processo de gestão do utente.

As entidades que podem aceder ao SIGLIC são, respectivamente:

- Hospitais públicos e privados;
- ARS's;
- UCGIC.

Cabe a cada uma das entidades referidas determinadas tarefas executáveis a partir do SIGLIC e que passamos a detalhar de seguida:

a) Hospitais Públicos:

- Identificar todos os utentes na LIC e monitorizar o seu estado, independentemente destes terem sido transferidos;
- Identificar os utentes que serão transferidos, caso não sejam agendados;
- Identificar os utentes a agendar face à prioridade clínica e antiguidade na LIC;
- Identificar os utentes agendados e ainda não intervencionados;
- Aceitar/não aceitar transferências;
- Devolver inscrições, provenientes de transferências;
- Monitorizar a produção contratada face à realizada;
- Monitorizar a LIC através dos seguintes indicadores:
 - Tempo de espera (TE) da LIC;
 - Mediana do TE da LIC;
 - Máximo do TE da LIC;
 - N° de utentes na LIC;

b) Hospitais Privados:

- Aceitar/cativar vales-cirurgia;
- Não aceitar/cativar vales-cirurgia;
- Identificar os utentes a agendar face à antiguidade na LIC;
- Identificar os utentes agendados e ainda não intervencionados;
- Devolver os processos de utentes transferidos;

c) ARS's:

- Aceitar/recusar pedidos de devolução de processos de utentes transferidos;
- Acompanhar/monitorizar a produção cirúrgica realizada pelos hospitais;
- Monitorizar a evolução da LIC;
- Monitorizar a LIC por hospital/serviço através dos seguintes indicadores:
 - Tempo de espera (TE) da LIC;
 - Mediana do TE da LIC
 - Máximo do TE da LIC;
 - N° de utentes na LIC;

d) UCGIC:

- Monitorizar a produção cirúrgica dos hospitais SNS;
- Permitir a selecção adequada de utentes a transferir;
- Emitir notificações de transferência ao utente;
- Emitir vales-cirurgia;
- Receber a devolução de utentes transferidos;
- Transferir utentes;
- Monitorizar a LIC por hospital/serviço através dos indicadores:
 - Tempo de espera (TE) da LIC;
 - Mediana do TE da LIC
 - Máximo do TE da LIC;
 - N° de utentes na LIC;
 - Outros.

V. O PROCESSO DE GESTÃO DO UTENTE NO HOSPITAL DE ORIGEM

5.1. Entidades envolvidas

5.1.1. Utente

O utente é responsável por:

- Dar o seu consentimento por escrito para a intervenção cirúrgica proposta e aceitar as normas e regulamentos em vigor;
- Manter o seu registo na Lista de Inscritos para Cirurgia permanentemente actualizado – para o efeito, deverá informar o hospital de qualquer alteração aos seus dados de contacto;
- Comunicar ao hospital toda e qualquer situação que impeça e/ou adie a realização da intervenção cirúrgica para a qual se encontra registado na lista de inscritos;
- Comparecer a todos os episódios associados ao(s) procedimento(s) cirúrgico(s) proposto(s) ou entregar justificações válidas e documentadas para as situações de falta, dentro dos prazos regulamentados.

5.1.2. Serviços cirúrgicos e outras áreas hospitalares envolvidas

Compete aos Serviços Cirúrgicos e outras áreas hospitalares envolvidas:

- Propor Utentes para intervenções cirúrgicas de acordo com as normas incluídas neste manual;
- Reavaliar a indicação cirúrgica sempre que necessário;
- Preparar o processo para a transferência, caso necessário;
- Validar a situação do utente face aos critérios clínicos definidos para inscrição do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia do hospital;
- Desenvolver e manter actualizado o catálogo de procedimentos cirúrgicos oferecidos pelo serviço, garantindo que a cada um está associado o código do sistema de ICD 9-MC;
- Seleccionar os utentes para a programação cirúrgica de acordo com os critérios de antiguidade e prioridade;
- Informar imediatamente a UHGIC de qualquer modificação referente ao utente que determine a sua substituição ou condicione uma alteração na sua posição na Lista de Inscritos para Cirurgia, devendo ficar registado no sistema a razão desta modificação;
- Efectuar a programação cirúrgica tendo em conta os objectivos estabelecidos com o CA do hospital.

5.1.3. Unidade Hospitalar

Compete às Unidades Hospitalares de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC):

- Centralizar a gestão de inscritos para cirurgia do hospital;
- Realizar e supervisionar o registo do processo do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia;
- Divulgar e garantir o cumprimento das normas aplicáveis à Lista de Inscritos para Cirurgia e respectivo Regulamento;
- Manter permanentemente actualizada a informação administrativa e clínica respeitante a cada processo registado na Lista de Inscritos para Cirurgia;
- Informar e acompanhar os utentes para esclarecimento de todos os aspectos administrativos relacionados com a sua situação na Lista de Inscritos para Cirurgia do hospital, incluindo resposta a sugestões e encaminhamento de reclamações;
- Realizar ou assegurar o contacto com os utentes para marcações de consultas ou exames, designadamente no âmbito dos cuidados pré-operatórios, da avaliação pré-anestésica e da programação cirúrgica;
- Prever e identificar com antecedência os casos dos utentes que deverão ser transferidos para outra unidade prestadora de cuidados de saúde, esclarecendo os utentes das condições de aceitação da transferência e supervisionar o envio e a recepção dos processos clínicos dos utentes nesta situação;
- Elaborar a informação necessária para o planeamento, gestão e tomada de decisões relativos à Lista de Inscritos para Cirurgia, para distribuição às diversas unidades orgânicas internas do hospital e para posterior relatório às entidades supervisoras.

5.1.4. Conselho de Administração do hospital

Compete ao Conselho de Administração do hospital:

- Garantir o cumprimento das regras incluídas no Manual de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia e das orientações e circulares emitidas pela UCGIC e pela URGIC nesse âmbito;
- Garantir o desenvolvimento e a actualização permanente do Manual de Procedimentos e da Lista de Procedimentos Cirúrgicos do hospital, por parte dos Serviços Cirúrgicos, do Serviço de Anestesiologia e Reanimação e da UHGIC;
- Assegurar a divulgação e a adesão dos profissionais aos protocolos de normalização da actividade hospitalar e da prática clínica;
- Assegurar a divulgação do SIGIC aos utentes através da permanente disponibilização em lugares públicos dos folhetos e cartazes referentes ao SIGIC. Para este efeito deve o hospital mandar reproduzir as referidas peças de comunicação sempre que necessário;
- Procurar, progressivamente, dimensionar os recursos do hospital à procura de procedimentos cirúrgicos em especial daqueles em que o hospital já está mais especializado;

- Gerir a procura, nomeadamente através da oportuna referenciação dos utentes para outras unidades hospitalares do SNS, por forma a minimizar tempos de espera clinicamente inaceitáveis ou superiores a um ano;
- Gerir a disponibilidade de bloco operatório em função da procura e da Lista de Procedimentos de cada uma das especialidades cirúrgicas de forma a otimizar a gestão dos tempos de espera da respectiva Lista de Inscritos para Cirurgia (quer a nível do tempo médio, como do tempo máximo de espera);
- Maximizar a resposta dos serviços para os quais haja em outras instituições de saúde uma manifesta insuficiência na resposta, que torne os utentes destes serviços na prática intransferíveis;
- Garantir a fiabilidade e normalização dos fluxos de informação relativos à Lista de Inscritos para Cirurgia, tanto internos como externos;
- Decidir sobre as implicações organizativas dos sistemas necessários para garantir a segurança dos dados e a confidencialidade dos mesmos.

5.2. Considerações gerais sobre o processo

Adaptação dos modelos de formulários SIGIC ao formato do hospital

Os modelos de proposta cirúrgica e de nota de consentimento apresentados aos hospitais deverão ser adaptados ao formato do hospital, isto é, o Regulamento do SIGIC exige apenas que os hospitais adaptem os seus formulários de recolha de dados ao conjunto mínimo de informação agora proposto. É importante ter em consideração esta obrigatoriedade, uma vez que o sistema de informação do hospital vai passar a exigir o preenchimento dos respectivos campos aquando do registo da proposta cirúrgica.

Cronologia do registo dos eventos no sistema de informação

O processo constitui-se por um conjunto de normas cronologicamente encadeadas, sendo a transição de informação realizada em pontos estabelecidos, associados a eventos clássicos na habitual gestão de utentes inscritos para cirurgia.

Sendo o tempo e a cronologia determinante na gestão de processo, é absolutamente necessário que o processamento da informação seja executado em tempo útil.

O tempo limite para inserir um registo ou corrigir o registo de uma intervenção no caso de engano é de 10 dias de calendário. O hospital deverá registar a actividade em tempo real, ou seja, no dia do evento (proposta, agendamento, realização da cirurgia). No entanto, o sistema permite uma tolerância de 10 dias para registar qualquer evento ou efectuar alterações em caso de erro.

O registo da proposta, do agendamento, da intervenção cirúrgica, da alta hospitalar e do relatório do internamento deverão obedecer às regras do SIGIC, ou seja, primeiro é necessário inscrever o utente na Lista de Inscritos para Cirurgia, depois agendá-lo, registar a sua intervenção, registar a alta hospitalar e, por último, emitir o relatório sobre o episódio cirúrgico para conclusão do mesmo.

Não observar estas normas seria uma violação grave das regras do SIGIC, pelo que é impedido pelo sistema informático. As intervenções não registadas na aplicação SIGLIC, via interface com o Sistema de

Informação (SI) do hospital, não podem ser objecto de facturação na linha de cirurgia programada.

Os procedimentos no Bloco Operatório não abrangidos pelo SIGIC, tais como as cirurgias não programadas e pequenas cirurgias e as técnicas de diagnóstico e terapêutica, não estão sujeitos às regras do SIGIC, ou seja, não têm a restrição de 10 dias para registo ou alteração dos dados já registados no SI do hospital, nem estão sujeitos à obrigatoriedade da existência prévia de proposta ou agendamento.

Desconformidades administrativas

O sistema informático SIGLIC segue as regras do SIGIC e valida a informação que recebe quanto ao conteúdo, o momento em que a recebe face à data dos eventos relatados e face à ordem programática dos mesmos. Caso receba registos não conformes, o SIGLIC rejeitará essa informação e solicitará a sua correcção ao hospital que os originou.

A cada utente só é reconhecido o direito de estar inscrito num determinado serviço de um hospital para uma cirurgia específica. Para obviar duplicações de propostas, o SIGLIC possui uma série de algoritmos que visam eliminar as inscrições duplicadas.

Os hospitais devem ajustar os seus procedimentos administrativos e os seus sistemas informáticos no sentido de adaptarem-se às exigências do SIGIC. A aplicação SONHO está adaptada ao SIGIC. Do mesmo modo, a aplicação SAM do IGIF também estará adaptada às regras do SIGIC, encontrando-se neste momento na fase final de testes.

Os hospitais que disponham de outros SI que os anteriormente referidos, são responsáveis por garantir a sua adaptação às regras do SIGIC.

Oferta de procedimentos cirúrgicos

O SIGIC necessita, para o seu funcionamento, da lista de procedimentos cirúrgicos oferecidos por cada hospital com vista a criar uma base de dados única que servirá de suporte para a transferência de utentes entre hospitais SNS através da aplicação SIGLIC. A oferta de serviços cirúrgicos dos hospitais não é estática, evoluindo ao longo do tempo. Como tal, será necessário que os hospitais actualizem a sua lista de procedimentos cirúrgicos oferecidos (constante do SIGLIC), sendo as UHGIC responsáveis por comunicar às URGIC/UCGIC as respectivas alterações.

Capacidade instalada

A capacidade instalada em cada hospital, quer a nível de recursos materiais, quer a nível de recursos humanos, é um dado obrigatório a fornecer por cada hospital através do preenchimento de uma ficha técnica que é fornecida em formato digital e que deverá ser mantida actualizada semestralmente.

5.3. Etapas do processo

O processo de gestão do utente inscrito para cirurgia de um hospital envolve as seguintes etapas:

1. Proposta de cirurgia, consentida pelo utente e validada pelo responsável do serviço cirúrgico;
2. Activação da inscrição do utente para cirurgia;
3. Agendamento da cirurgia;
4. Realização da cirurgia;
5. Internamento pós-operatório;
6. Conclusão do processo do utente.

De seguida passaremos a detalhar cada uma das etapas e respectivas fases do processo.

5.3.1. Proposta de cirurgia

Uma proposta cirúrgica corresponde à resposta da instituição a um conjunto integrado de problemas do utente, a resolver por um conjunto de actos que têm como atributo agregador um episódio de cirurgia. Não há limitação ao registo na proposta quanto ao número de diagnósticos ou procedimentos a realizar. Toda a informação pertinente, ainda que não solicitada, deve ser registada nos campos de observação.

À elaboração da proposta cirúrgica correspondem as seguintes fases:

1. Preenchimento da proposta de cirurgia pelo médico proponente;
2. Entrega da nota de consentimento (assinada) pelo utente;
3. Validação da indicação cirúrgica pelo responsável do Serviço Cirúrgico.

À data da proposta, o médico proponente deve possuir toda a informação necessária (recolhida através da sua consulta eventualmente apoiada em MCDT ou outras consultas) para estabelecer uma indicação de terapêutica cirúrgica com um índice de probabilidade elevado (>95%). No entanto, neste momento não é necessário possuir todas as informações para delinear a totalidade da estratégia terapêutica, sendo que a restante informação pode ir sendo construída ao longo do tempo que o utente aguarda em LIC e deverá estar completa à data do agendamento, ou, o mais tardar, aos 75% do TME.



Para evitar a repetição desnecessária de exames e consultas, propõe-se que estes sejam agendados por forma a que sejam executados o mais próximo possível da data prevista para o agendamento cirúrgico, ou, o mais tardar, a 75% do TME.

5.3.1.1. Preenchimento da proposta

A figura seguinte representa o circuito do processo de preenchimento da proposta de cirurgia:

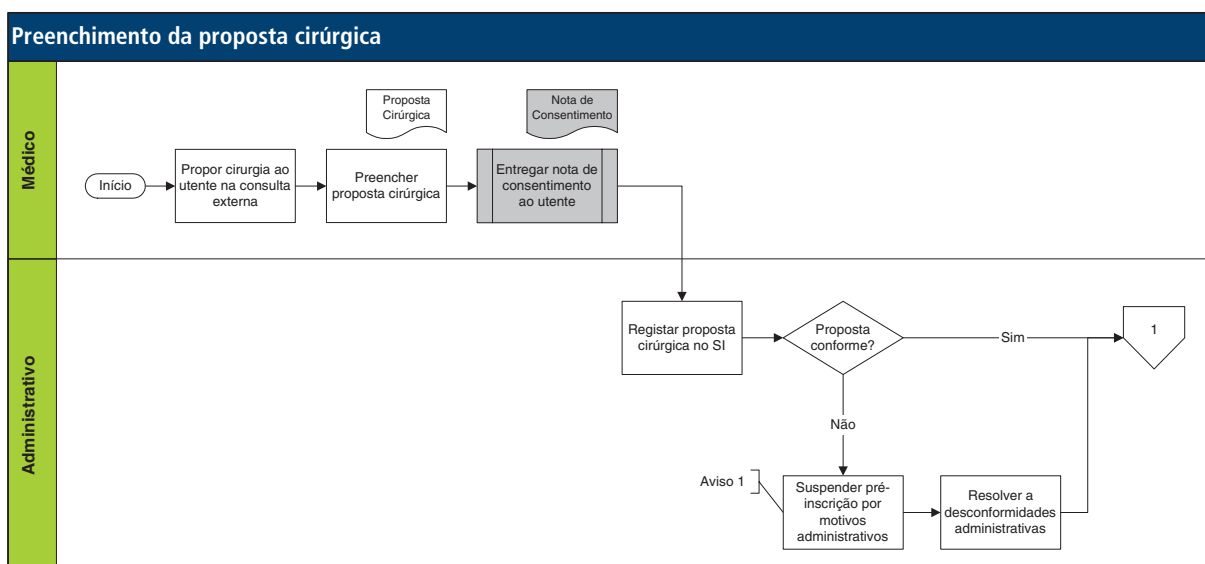


Figura 6 - Preenchimento da proposta de cirurgia

No âmbito de uma consulta externa e/ou de um episódio de urgência, o médico procede à avaliação da situação clínica do utente. No caso de haver uma indicação para cirurgia e tendo em conta os critérios definidos para inclusão na Lista de Inscritos para Cirurgia, o médico deverá proceder ao preenchimento de uma proposta de cirurgia em modelo pré-definido.



Para reduzir a carga burocrática do processo, o hospital poderá optar pela utilização de um documento único que inclua a proposta de cirurgia e a nota de consentimento. Neste caso, sugere-se que este documento seja em triplicado: o original e o duplicado são entregues ao utente, para que este posteriormente os assine e envie o original para a UHGIC; o triplicado é enviado pelo médico proponente para a UHGIC após a realização da consulta. O hospital, caso entenda poderá utilizar uma proposta electrónica devendo esta conter os mesmos itens e seguir o mesmo processo.

Os **critérios de inclusão de utentes** na Lista de Inscritos para Cirurgia são os seguintes:

- São inscritos os processos dos utentes que aguardam a realização de um procedimento cirúrgico para o qual o hospital prevê utilizar os recursos adstritos à cirurgia programada;
- São igualmente inscritos os processos dos utentes em situação de urgência diferida, protelando-se as formalidades que não puderem ser efectuadas para tempo oportuno. Nestes casos, dada a proximidade entre a proposta e a execução da cirurgia, com consentimento informado para a cirurgia, presume-se o consentimento para a inscrição na LIC, sendo portanto este dispensado.

No que respeita ao registo na Lista de Inscritos para Cirurgia de utentes com mais de um procedimento cirúrgico relacionado (casos de bilateralidade ou outros) deverão ser respeitadas as seguintes regras:

I. Procedimentos cirúrgicos diferidos no tempo:

- a) Realização de duas ou mais intervenções cirúrgicas relacionadas (Ex: colostomia, encerramento colostomia, etc.) mas com execução desfasada no tempo (i.e., a segunda intervenção só deverá ocorrer após um tempo de espera pré-determinado) – o utente só deverá ser inscrito para a segunda cirurgia na LIC após a conclusão do episódio referente à primeira intervenção. No momento do registo do segundo procedimento (segunda proposta cirúrgica), estabelecer-se-á o critério necessário de prioridade para a realização atempada da segunda intervenção;
- b) Procedimentos bilaterais (não simultâneos) – se na proposta o médico optar por não propor um procedimento simultâneo, deverá proceder ao registo da proposta da primeira cirurgia e, uma vez resolvida a primeira cirurgia e quando se colocar indicação clínica para a segunda intervenção, reiniciar-se-á o procedimento de inclusão na LIC do procedimento cirúrgico seguinte. No estabelecimento da prioridade ter-se-á em conta, para além de critérios clínicos, o tempo de evolução da patologia desde o diagnóstico e o impacto que esta tem na vida do utente;

II. Procedimentos cirúrgicos múltiplos mas realizados no mesmo tempo cirúrgico:

- a) Múltiplos procedimentos não bilaterais - deverá proceder-se apenas a um único registo na Lista de Inscritos para Cirurgia. A codificação do caso deverá ser feita de acordo com a complexidade dos procedimentos propostos, partindo dos procedimentos mais complexos para os mais simples;
- b) Procedimentos bilaterais (simultâneos) - deverão ser incluídos na Lista de Inscritos para Cirurgia através de um registo único, ou seja, uma única proposta cirúrgica. Para efeitos de codificação clínica destes processos, e se o sistema de classificação em vigor não incluir um código único para o procedimento bilateral proposto, deverá duplicar-se o código de procedimento cirúrgico para indicar a bilateralidade da patologia do utente e propor a sua resolução num único acto cirúrgico.

A **proposta de cirurgia** deve ser fornecida pelo sistema informático e conter pelo menos informação nos seguintes elementos:

- 1. Identificação do utente no hospital:
 - 1.1. Nome completo (com todos os nomes por extenso);
 - 1.2. Número do processo;
 - 1.3. Número do cartão de utente (caso disponível);
 - 1.4. Número BI;
 - 1.5. Data de nascimento;
 - 1.6. Sexo;
 - 1.7. Morada completa;
 - 1.8. Contactos telefónicos;

2. Identificação da entidade/subsistema a que pertence o utente e respectivo número de beneficiário;
3. Identificação do hospital e identificação do Serviço;
4. Identificação da cirurgia proposta:
 - 4.1. Identificação do **diagnóstico base**, breve descrição e código de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças (CID 9-MC) – O diagnóstico base serve para enquadrar o diagnóstico pré-operatório (Ex: [Diag. Pré-Operatório] Osteorradionecrose da mandíbula (526.89) consequente a terapêutica com radiações por neoplasia maligna da cavidade oral (145.9) [Diag. Base]). Quando este enquadramento não for necessário este campo deverá ser preenchido com a designação e código inscrito no campo do diagnóstico pré-operatório;
 - 4.2. Identificação dos **diagnósticos pré-operatórios**, breve descrição e código de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças (CID 9-MC) – Neste campo devem ser colocados todos os diagnósticos que caracterizam as situações alvo dos procedimentos que em seguida se propõe, outros diagnósticos ou problemas associados ou concomitantes serão descritos no campo das observações);
 - 4.3. **Procedimentos cirúrgicos** previstos, breve descrição e códigos de procedimento cirúrgico da Classificação Internacional de Doenças (CID 9-MC);
 - 4.4. **Tipo de cirurgia**, ambulatória ou convencional;
5. **Tipo de episódio** – Este campo destina-se a caracterizar a proposta face ao histórico cirúrgico do utente permitindo estabelecer uma ligação entre procedimentos que eventualmente estiverem associados, podendo tomar os seguintes valores:
 - a) **Isolado** – Se não tiver decorrido de outros nem se preveja que outros irão decorrer dele;
 - b) **Bilateralidade** – Se a patologia é bilateral e se prevê nova intervenção para o lado contralateral;
 - c) **Associado por complicações** – Quando a proposta presente tem por objectivo a correcção de uma complicação cirúrgica prévia;
 - d) **Associado por procedimentos múltiplos** – Quando a presente proposta se destina a completar uma terapêutica cirúrgica com procedimentos já efectuados;
6. **Episódio subsequente** – É um campo informativo que regista a antevisão de outros procedimentos (que não o proposto) na resolução da situação do utente (os procedimentos subsequentes destinam-se a completar a terapêutica cirúrgica da patologia em causa, incluindo-se nesta definição o tratamento contra-lateral quando a patologia o justifique);
7. **Lateralidade** – Este campo destina-se a identificar o lado a ser intervencionado, pode assumir os valores de Direito, Esquerdo, Bilateral ou Não Aplicável. Nos casos de órgãos ímpares ou de regiões centrais deve ser utilizado este último valor; no caso de existirem dois procedimentos correspondendo a patologia bilateral esta informação é determinante para proceder correctamente à facturação (no caso de produções em adicional);
8. **Indicação do nível de prioridade**, devendo fundamentar-se sempre que for superior ao nível base (nível 1, descrito abaixo);

9. **Avaliação pré-operatória** - Destina-se a informar o sistema se os exames e consultas pré operatórias estão completos com o objectivo de facilitar a execução do agendamento.
10. **ASA** – Classificação ASA (*American Society of Anesthesia*);
11. **Necessidades específicas de suporte peri-operatório** – Este campo destina-se a identificar os utentes que se preveja virem a necessitar de exames, tratamentos, cuidados, equipamento, ou pessoal técnico especializado, fora do habitual em hospitais distritais ou concelhios não especializados. Neste caso, para lá de assinalar o campo deve existir uma explanação exhaustiva sobre as necessidades e razões subjacentes;
12. **Existência de patologias ou problemas associados** – Este campo destina-se a identificar os utentes que tendo patologias ou problemas associados possam vir a necessitar de exames, tratamentos, cuidados, equipamento, ou pessoal técnico especializado, fora do habitual em hospitais Distritais ou Concelhios não especializados. Neste caso, para além de assinalar o campo, deve existir uma explanação exhaustiva sobre as situações condicionantes do utente, e assinalar no campo anterior os requisitos necessários;
13. **Observações** – Este campo destina-se ao registo de informação que o médico proponente entenda necessária à completa compreensão da patologia e terapêuticas propostas;
14. Identificação do **médico proponente**:
 - a) Nome clínico;
 - b) Vinheta;
 - c) Assinatura;
 - d) Data.

Relativamente ao ponto 1, não poderá existir proposta sem número de processo. No caso de não poderem ser recolhidos todos os itens numa primeira abordagem, estes deverão ser completados no prazo máximo de 10 dias. Na inexistência de dados ou na impossibilidade dos reaver a explicação deverá ser registada.

No ponto 2, a inexistência de dados deverá ficar justificada.

O ponto 3 é de preenchimento obrigatório em qualquer circunstância.

Relativamente ao ponto 4, os sub-capítulos 4.2 e 4.3 são obrigatórios. O primeiro procedimento proposto corresponde sempre ao primeiro diagnóstico inscrito. Não existe nexo de causalidade entre os diagnósticos seguintes e os procedimentos seguintes.



Sempre que um utente apresente uma patologia bilateral com indicação cirúrgica também bilateral, se o hospital entender que poderá eventualmente ser submetido no mesmo tempo cirúrgico à resolução bilateral do problema, esta indicação deve formalizar-se no ponto 7 com a escolha da opção “bilateral”. No caso de se pretender indicar vários procedimentos para patologias independentes, basta indicar as várias patologias e os vários procedimentos na proposta. O hospital de destino não pode executar procedimentos que não estejam propostos, assim a não indicação desta possibilidade impedirá o utente de beneficiar da resolução num só tempo de vários problemas. A existência de múltiplos procedimentos propostos em simultâneo não obriga o cirurgião (no hospital de destino ou de origem) a executá-los à data da cirurgia, caso entenda que tal não é o mais conveniente para o utente.

O não preenchimento do ponto 5 presume a opção “Isolado”.

O não preenchimento do ponto 6 presume a opção “Não”.

O não preenchimento do ponto 8 presume o nível 1 (normal).

Os pontos 9 e 10 são facultativos.



Os campos 11 e 12 são fundamentais para a escolha do hospital para transferência do utente. Nos casos em que estes pontos estão assinalados, existirá o cuidado de verificar se os potenciais hospitais de destino que facultem os procedimentos solicitados tem também capacidade de acessórios que garantam a segurança dos procedimentos.

Os pontos 7, 8, 10, 11, 12, 13 e 14 são obrigatórios. No caso de processos electrónicos, a identificação do médico é conseguida através do “login”.

Estão definidos os seguintes **níveis de prioridade clínica** para efeitos de registo na proposta cirúrgica pelo médico proponente:

- **Nível 1:** Todas as situações clínicas que de acordo com a legis artis devam ser objecto de intervenção cirúrgica no período correspondente ao tempo de espera admissível;
- **Nível 2:** Todas as situações clínicas que de acordo com a legis artis devam ser objecto de intervenção cirúrgica no período máximo de 2 meses;
- **Nível 3:** Todas as situações clínicas que de acordo com a legis artis devam ser objecto de intervenção cirúrgica no período máximo de 15 dias;
- **Nível 4:** Urgência Diferida – Corresponde a todas as situações que, tendo resultado de situações de crise aguda, podem ser agendadas recorrendo aos recursos alocados à cirurgia programada, no prazo aproximado de 72 horas.



A classificação ICD-9 para a caracterização exaustiva dos procedimentos médico-cirúrgicos revela-se, por vezes, insuficiente. No entanto, actualmente não existem condições para superar esta dificuldade. Como tal, sugerimos ao hospital ou serviço que crie uma tabela de classificações que mais lhe convenha, devendo posteriormente indexá-la à tabela ICD-9. Desta forma, o médico poderá utilizar o sistema que mais lhe convier, sendo que a nível central será utilizada apenas o sistema de classificação ICD-9. A responsabilidade da equiparação dos códigos criados com os códigos ICD-9 é dos serviços que utilizarem esta facilidade e, em última instância, do hospital.

Depois de devidamente preenchida, a proposta de cirurgia deverá ser entregue ao administrativo para proceder ao registo informático da proposta.

O administrativo deverá validar se o registo da proposta cirúrgica está conforme. Caso detecte alguma desconformidade administrativa, deverá alterar o estado da pré-inscrição para pendente por motivos administrativos, até resolução da mesma. O administrativo deverá solicitar a resolução junto às entidades intervenientes ou no caso de insucesso informar UHGIC do sucedido. A resolução da desconformidade administrativa no registo da proposta cirúrgica poderá ter como intervenientes quer o médico proponente, quer o administrativo, quer a UHGIC, sendo esta última a responsável pela sua resolução.

Se o ponto 5 for diferente de **isolado**, o sistema informático deverá procurar outros episódios registados no mesmo utente, apresentá-los ao utilizador e solicitar que ele escolha um para que fique associado ao presente. Desta forma será possível encontrar episódios encadeados.

O tempo de espera do utente é iniciado no momento em que é feita a indicação de intervenção cirúrgica, ou seja, na data em que é preenchida a proposta de cirurgia.

No momento do registo da proposta, deverá ser criado um número de identificação da mesma que servirá para a referenciar sempre que for necessário.

5.3.1.2. Entrega da nota de consentimento ao utente

A figura seguinte representa o circuito do processo de entrega da nota de consentimento ao utente na consulta externa:

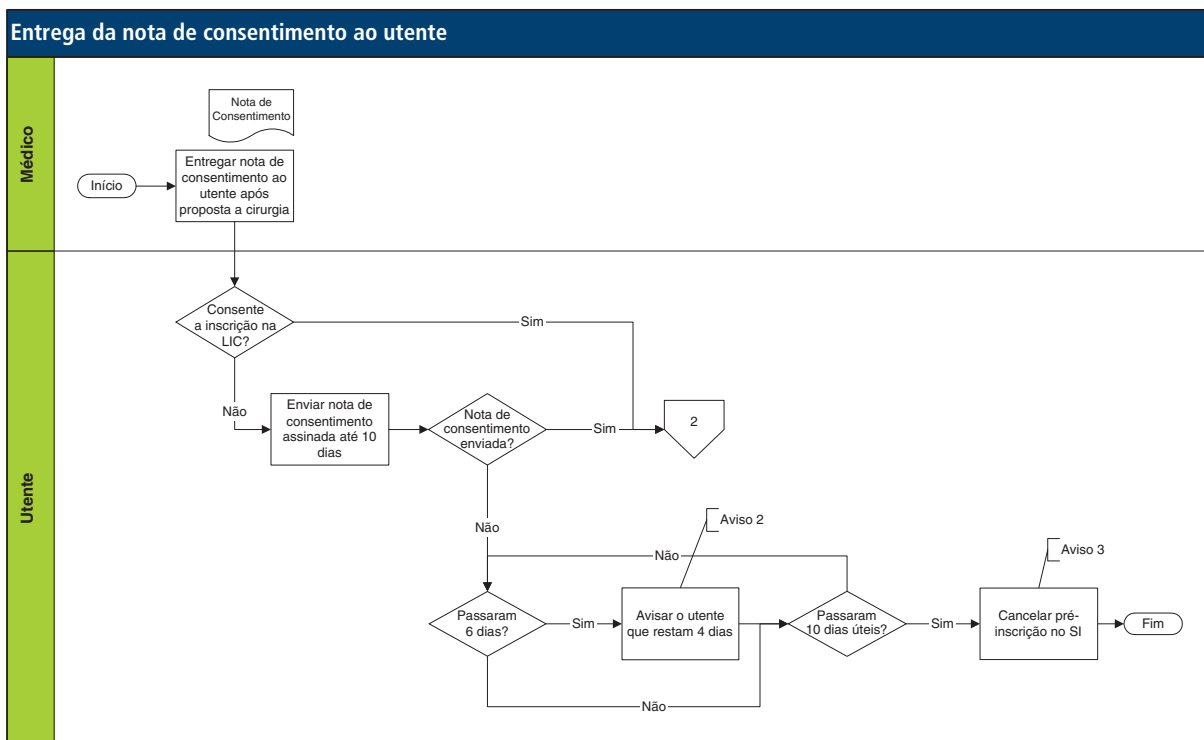


Figura 7 - Entrega da nota de consentimento ao utente

Depois da proposta de cirurgia estar devidamente preenchida, o médico proponente entrega ao utente a nota de consentimento que visa esclarecer o utente sobre os seus direitos e deveres e recolher a sua aprovação relativamente à proposta de intervenção cirúrgica, assim como o compromisso pelo cumprimento das normas do Regulamento do SIGIC. A nota de consentimento tem de ser obrigatoriamente assinada pelo utente, que se não puder assinar, se pode fazer substituir por representante legal e terá que ser entregue ao administrativo no atendimento da consulta externa.

Caso o utente não dê o seu consentimento imediato à cirurgia, deverá enviar a nota de consentimento, devidamente assinada, à UHGIC do hospital no prazo de 10 dias úteis.

A falta de entrega da nota de consentimento ou a sua entrega fora do prazo limite, determina o cancelamento do procedimento de registo do utente na LIC. A UHGIC do hospital deverá, no entanto, avisar o utente após 6 dias úteis sem receber a nota de consentimento.

A nota de consentimento não dispensa a entrega de outras declarações exigidas para a realização de uma intervenção cirúrgica nos termos da lei em vigor.

No que respeita às urgências diferidas, o consentimento do utente para a intervenção é solidário com a nota de consentimento, não tendo o processo que passar necessariamente por todas as etapas representadas anteriormente.



Para facilitar o envio por correio da nota de consentimento, o hospital deve proceder à criação de um endereço de Remessa Livre e assegurar que toda a correspondência para aí enviada é entregue à UHGIC. Este endereço também poderá ser utilizado para envio de reclamações e sugestões relacionadas com a gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia.

5.3.1.3. Validação pelo responsável do Serviço Cirúrgico

A figura seguinte representa o circuito do processo de validação da proposta de cirurgia pelo responsável do Serviço Cirúrgico:

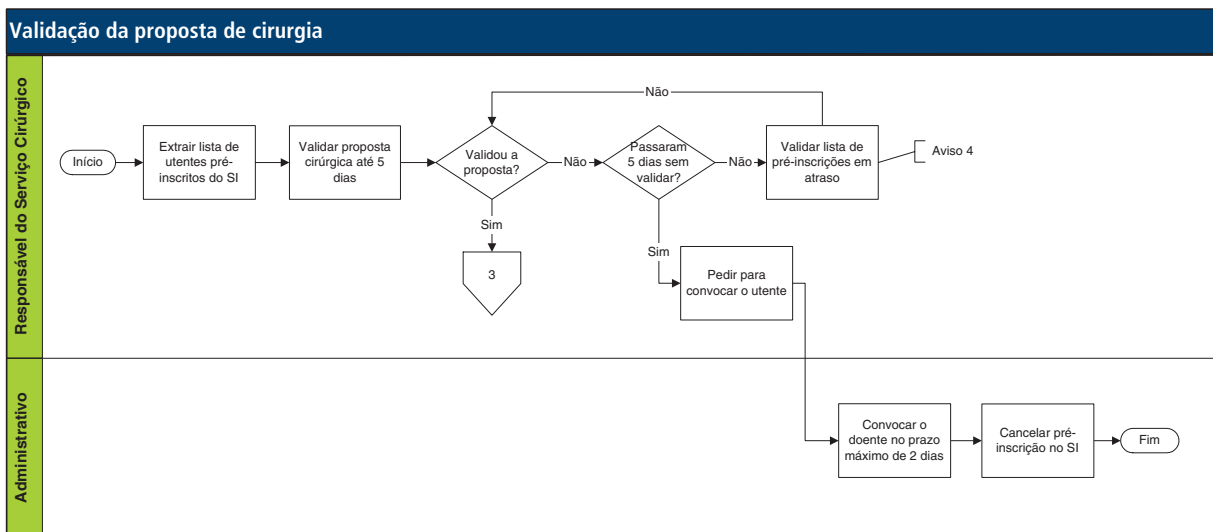


Figura 8 - Validação da proposta de cirurgia pelo responsável do Serviço Cirúrgico

O responsável pelo Serviço Cirúrgico (Director do Serviço ou alguém por si nomeado) deverá extrair periodicamente do SI a lista de pré-inscrições de utentes, que deverá validar no prazo de cinco dias úteis após a data da proposta cirúrgica. Para a validação da proposta cirúrgica, deverá conferir se a cirurgia proposta está de acordo com a *legis artis*, com a orientação do serviço, se os elementos constantes do documento estão de acordo com as regras do SIGIC e, em caso afirmativo, validar a proposta através da aposição da sua assinatura em documento que entrega na UHGIC. No entanto, é de salientar que esta validação não transfere a responsabilidade do médico proponente sobre a proposta concreta face ao utente visado.

Caso o responsável do Serviço Cirúrgico não valide a proposta dentro do prazo limite ou conclua que a cirurgia proposta não está conforme, deverá fazer constar essa indicação num campo do documento destinado para o efeito e comunicar essa decisão ao médico proponente que, no prazo de dois dias úteis, convoca o utente para consulta para a redefinição da orientação terapêutica. Na impossibilidade do Director de Serviço se pronunciar, pode o Director Clínico substituí-lo nesta tarefa. A UHGIC ou o administrativo responsável deverá ser informado da recusa de validação e proceder ao cancelamento do registo da pré-inscrição do utente, neste caso por falta de validação clínica.

A validação da proposta cirúrgica obriga o hospital perante o utente na execução de todas as diligências necessárias à resolução da patologia subjacente à proposta, incluindo exames, consultas, tratamentos pré e pós-operatórios.

5.3.2. Activação da inscrição

A inscrição do utente na LIC pressupõe que a proposta cirúrgica esteja nas seguintes condições:

1. Validada pelo responsável do Serviço Cirúrgico;
2. Consentida pelo utente;
3. Conforme a nível administrativo.

Só quando as três condições estão reunidas, o registo do utente é activado na LIC.

A partir do momento em que a inscrição se encontra activa no sistema informático, podem ocorrer os seguintes processos:

- a) Suspensão da inscrição por motivos administrativos;
- b) Pedido de suspensão da inscrição por motivos plausíveis, quer pelo utente, quer pelo hospital;
- c) Pedido de cancelamento da inscrição.

5.3.2.1. Emissão do certificado de inscrição

A figura seguinte representa o circuito do processo de emissão do certificado de inscrição:

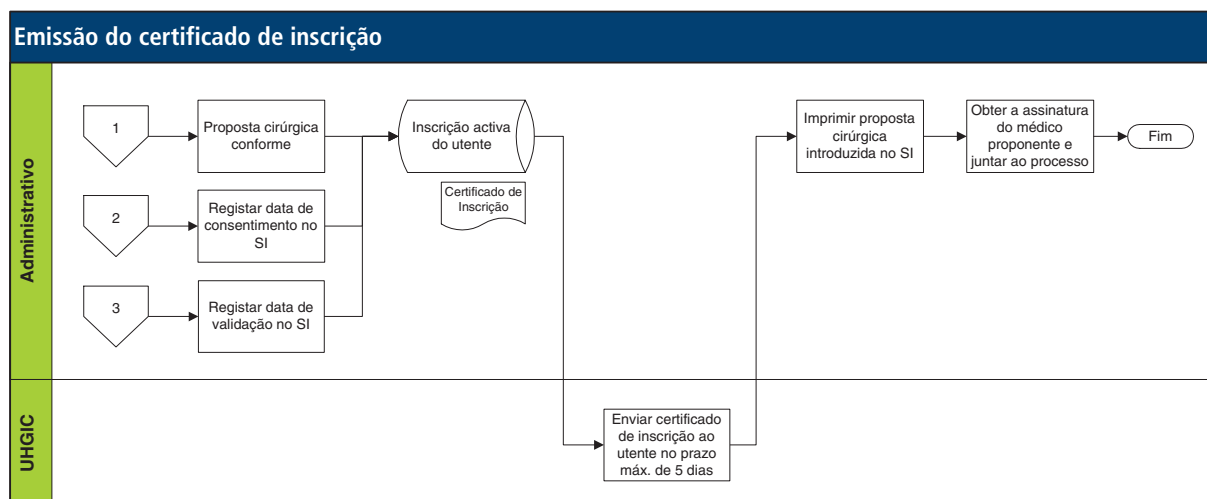


Figura 9 - Emissão do certificado de inscrição

O certificado de inscrição é o documento comprovativo da inscrição do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia e é emitido automaticamente quando são registadas informaticamente as datas de validação e consentimento da proposta cirúrgica.

Cabe à UHGIC do hospital enviar o certificado de inscrição ao utente no prazo máximo de 5 dias.

Após a emissão do certificado de inscrição, deve ser impressa uma cópia da proposta cirúrgica registada informaticamente que o médico proponente deverá assinar para arquivo no processo do utente. Este procedimento destina-se à certificação da informação registada no sistema por parte do médico proponente.

5.3.2.2. Correção dos dados da proposta cirúrgica

As razões que podem levar ao desejo de modificar um parâmetro da proposta resultam deste ter sido introduzido erroneamente, ou de a situação do utente se alterar e, como tal, a informação registada não corresponde à realidade actual. Relativamente ao segundo ponto, se a alteração da situação não implica modificação do constante no certificado de inscrição, importa apenas acrescentar informação relativa à alteração na situação. Assim, traduzindo este conceito para a realidade do SIGIC, se existem pequenas modificações da situação que não comprometem o essencial da proposta, estas devem ser anexadas ao processo no campo das observações. Havendo uma alteração significativa no utente que comprometa a execução da cirurgia proposta, esta deve ser cancelada e, se for o caso, efectuada outra proposta.

Após a validação da proposta pelo responsável do Serviço Cirúrgico, a informação nela constante só poderá ser alterada nos pontos 9, 10, 11, 12 e 13. As alterações no ponto 8 (prioridades) obrigam a dar conhecimento ao responsável do serviço. Outras alterações constituem uma desconformidade, o que obriga ao levantamento de restrições por parte da UCGIC, nova validação pelo responsável do serviço e a emissão de novo certificado de inscrição que deve ser enviado ao utente. Neste caso, o utente terá o direito a reclamar nos dez dias úteis seguintes.

O sistema de informação prevê a alteração de dados erroneamente introduzidos, estando parametrizado com os limites que se entenderam razoáveis. Assim, o utilizador do sistema poderá alterar um código (ou qualquer outro parâmetro) que identifique no próprio dia sem qualquer penalização, ou a título excepcional, até 10 dias após o acontecimento do evento.



O registo da informação tem ou pode ter implicações graves a nível da gestão de recursos, a nível financeiro, a nível de planeamento e a nível de gestão de utentes. Caso o hospital permita que a informação não conforme seja utilizada para efeitos clínicos, poderão daí resultar graves consequências. Outra razão subjacente ao bloqueio das alterações aos registos, resulta do facto de qualquer análise ao conteúdo das bases de dados e respectivas conclusões só poder ocorrer após a estabilização do processo e não poderem ser postas em causa por alterações introduzidas *a posteriori* nos dados que lhes deram origem.

Tendo também em conta que o responsável do Serviço Cirúrgico validou uma determinada proposta e o utente consentiu essa proposta, não é pois possível alterá-la em seguida sem voltar a obter autorizações.

Assim sendo, considera-se que o acto de registo de informação clínica é nobre. Como tal, o desenho do processo correspondente ao registo da informação a constar na proposta cirúrgica deve promover o registo em tempo real (quando ocorre a proposta), ou tão próximo quanto possível (no mesmo dia). Deve igualmente conter os elementos que garantam a qualidade dos dados à data do seu registo e prever mecanismos de monitorização que detectem erros num período não superior a 10 dias.

5.3.2.3. Suspensão por motivos administrativos

A suspensão da pré-inscrição ou da inscrição do utente por motivos administrativos ocorre sempre que forem detectadas uma ou mais desconformidades administrativas, quer no que respeita ao preenchimento da proposta cirúrgica, quer quanto ao incumprimento das regras do SIGIC, independentemente da fase em que o processo do utente se encontre, isto é, inscrição, agendamento, intervenção ou transferência.

No entanto, o hospital também poderá suspender a inscrição do utente por motivos administrativos devido a factores que não estejam relacionados com uma desconformidade administrativa, isto é, com o incumprimento do regulamento do SIGIC. Estes factores podem ser de ordem técnica, administrativa ou outros que impeçam a progressão do utente para a fase seguinte do processo de gestão de inscritos para cirurgia.

Na figura seguinte, encontra-se representado o circuito do processo de suspensão da inscrição do utente por motivos administrativos não relacionados com o incumprimento do regulamento do SIGIC:

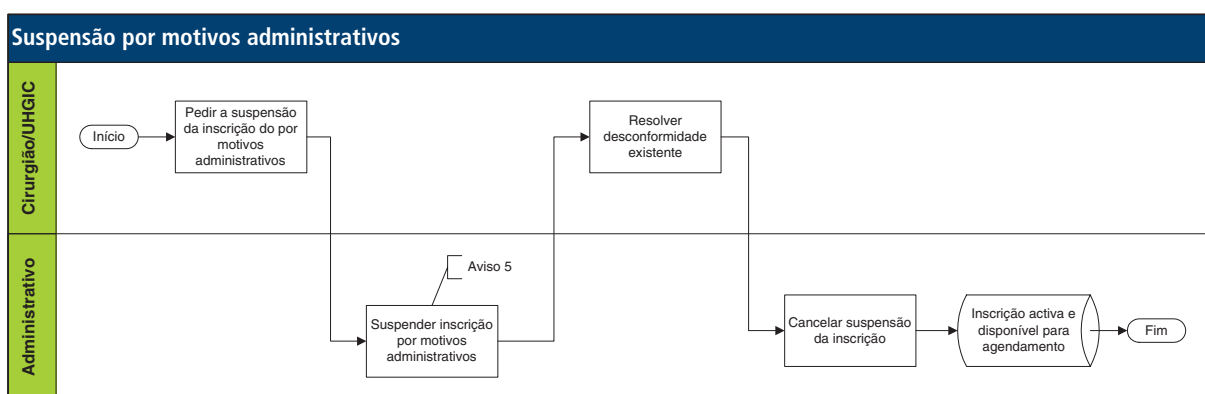


Figura 10 - Suspensão da inscrição do utente por motivos administrativos não relacionados com o cumprimento do regulamento do SIGIC

No que respeita às desconformidades administrativas resultantes do incumprimento do regulamento do SIGIC, em cada registo informático relativamente à situação do utente inscrito na LIC, o administrativo deve confirmar se a gestão do processo do utente inscrito para cirurgia está a respeitar o regulamento do SIGIC. Caso alguma das regras não seja respeitada (Ex: registos informáticos fora do prazo limite e da sequência lógica dos acontecimentos), o administrativo deverá colocar o processo pendente por motivos administrativos até à resolução da situação. Se o SIGLIC identificar uma desconformidade administrativa, coloca o processo no estado pendente por motivos administrativos e, através do *interface*, informa o sistema de informação do hospital da suspensão da inscrição do utente.

Após ser detectada a desconformidade administrativa, o administrativo deverá tomar as acções necessárias para a resolução do problema, pedindo a ajuda das entidades intervenientes no processo caso seja necessário.

Durante o período de suspensão da inscrição, o utente não pode ser transferido nem é contactado para efeitos de marcação da cirurgia ou de consultas ou tratamentos pré-operatórios. No entanto a inscrição na LIC permanece válida, não interferindo com a contagem do tempo de espera.

Só quando a desconformidade administrativa estiver resolvida, o hospital pode prosseguir para a fase seguinte do processo, nomeadamente o agendamento e a realização da intervenção cirúrgica.

5.3.2.4. Pedido de suspensão por motivos plausíveis

A figura seguinte representa o circuito do processo de pedido de suspensão da inscrição do utente por motivo plausível:

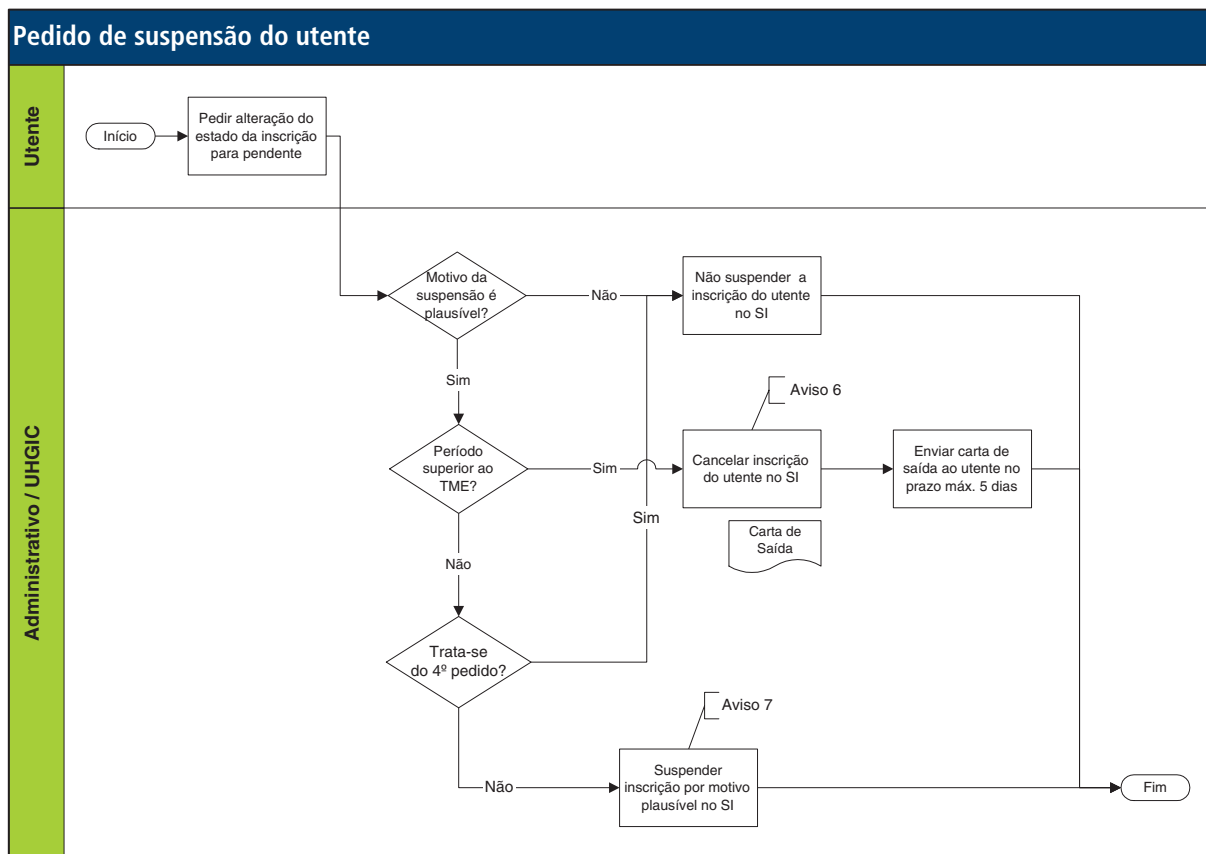


Figura 11 - Pedido de suspensão do utente

Enquanto não for transferido para outro hospital, o utente pode solicitar por 3 vezes a suspensão da sua inscrição na LIC invocando motivo plausível. A justificação será feita por escrito e entregue à UHGIC. Se o período cumulativo de suspensões for superior ao tempo máximo de espera, deverá ser cancelada a inscrição do utente na LIC.

A suspensão também pode ser determinada por motivos clínicos devidamente justificados, antes ou após a transferência.

Durante o período de suspensão o utente não pode ser transferido nem é contactado para efeitos de marcação da cirurgia ou de consultas ou tratamentos pré-operatórios, mas a inscrição na LIC permanece válida, interrompendo-se a contagem do tempo de espera.

O administrativo será responsável pelo registo informático da suspensão da inscrição do utente por motivo plausível. Caso o período de suspensão ultrapasse o tempo máximo de espera, deve registar o cancelamento da inscrição e a UHGIC deverá proceder ao envio da carta de saída da LIC ao utente no prazo de máximo de 5 dias úteis.

Suspensão da inscrição de um utente após ter sido agendado

Segundo as regras decorrentes do SIGIC, o utente pode ser suspenso por motivo plausível ou por motivos administrativos. Em ambos os casos, a suspensão pode ocorrer antes ou após o agendamento do utente. Caso ocorra após o utente estar agendado, a suspensão do processo implica o cancelamento do agendamento e o retorno à situação de inscrito no sistema de informação do hospital.

5.3.2.5. Pedido de cancelamento

A figura seguinte representa o circuito do processo de pedido de cancelamento da inscrição do utente:

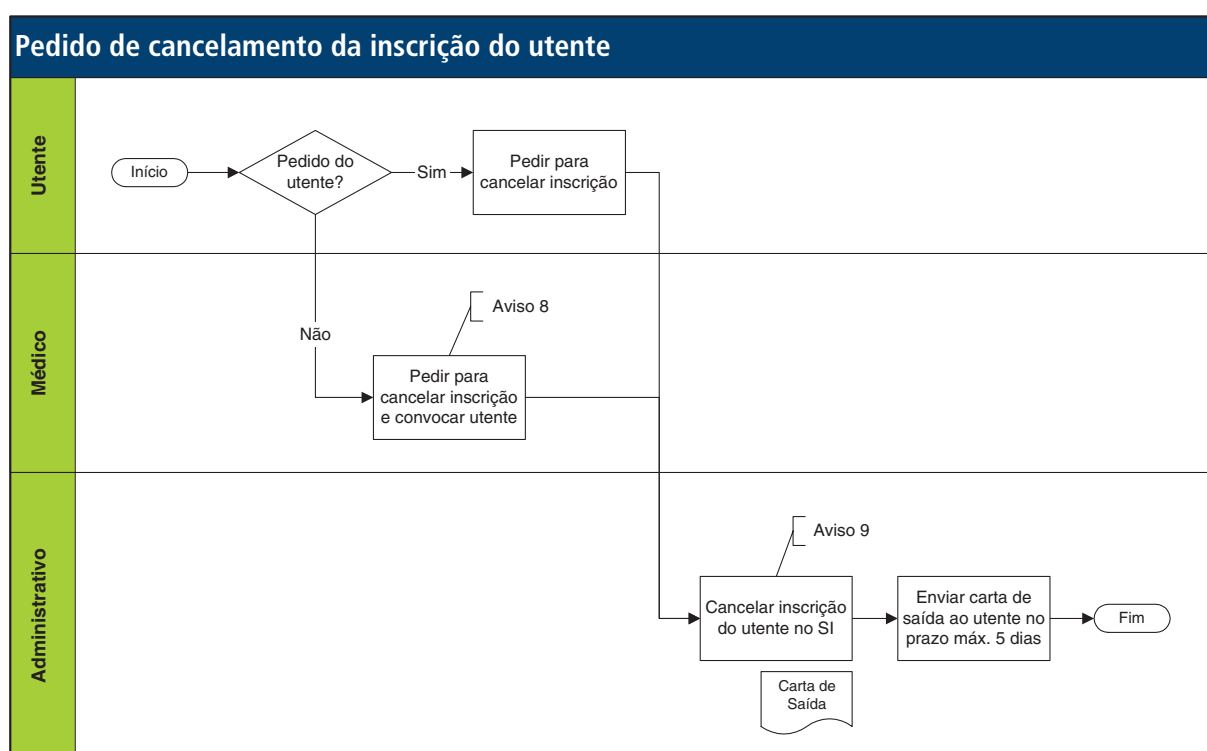


Figura 12 - Pedido de cancelamento da inscrição do utente

O pedido de cancelamento da inscrição do utente na LIC pode ocorrer antes ou após o agendamento, podendo ser efectuado pelo próprio utente, pelo médico proponente, pelo Director de Serviço a que este pertence ou pertencia à data da proposta ou pelo coordenador da UHGIC, após ter ouvido o director do serviço cirúrgico responsável.

No caso do utente querer desistir da intervenção cirúrgica a que foi proposto deve comunicar a sua decisão à UHGIC do hospital onde está inscrito por qualquer meio escrito.

A data de saída do utente da LIC deve coincidir com a data em que comunica a decisão à UHGIC.

Quando motivos clínicos aconselhem o cancelamento da indicação para cirurgia, o médico especialista deve formalizar essa decisão junto da UHGIC do hospital através de documento escrito que é anexo ao processo clínico do utente. Neste caso, a data de saída da LIC coincide com a recepção do documento na UHGIC e o utente deverá ser convocado para lhe ser comunicada a decisão e discutidas as orientações terapêuticas a seguir.

Se o cancelamento for determinado por um incumprimento normativo em realizar a cirurgia, o responsável pela UHGIC, após discutir o caso com o director do serviço responsável pela proposta, comunica por escrito ao utente ou convoca-o, consoante a situação.

O administrativo é responsável por registar informaticamente o cancelamento da inscrição do utente, cabendo à UHGIC enviar a carta de saída da LIC ao utente no prazo máximo de 5 dias úteis.

O cancelamento do utente na LIC obriga ao registo no sistema informático da ocorrência, explicitando um dos seguintes motivos:

Nº	Motivos de cancelamento da inscrição do utente na LIC	Responsabilidade
1	Erro administrativo	Hospital
2	Referenciação inter-hospitalar	Hospital
3	Proposta cirúrgica não adequada às actuais condições do utente	Hospital
4	Operado noutra instituição	Utente
5	Operado de urgência neste hospital	Hospital
6	Não contactável	Utente
7	Faltou sem apresentar motivo plausível	Utente
8	Faltou 3 vezes com motivo plausível	Utente
9	Recusa terceiro agendamento sem motivo plausível	Utente
10	Reinscrição por recusa de transferência de instituição	Utente
11	Não activou vale-cirurgia em 3 meses	Utente
12	Desistiu	Utente
13	Óbito	Utente
14	Por duplicação	Hospital
15	Outro	Hospital

5.3.2.6. Readmissão do processo do utente

Sempre que o registo do utente é cancelado da LIC por erro administrativo, é possível readmitir a inscrição através da eliminação do motivo de cancelamento no SI. O hospital tem 10 dias para efectuar a readmissão do processo do utente, a contar da data do registo da proposta cirúrgica. Caso seja detectado o erro administrativo passados os 10 dias, o hospital terá de pedir à UCGIC o levantamento das restrições no SI, a fim de poder alterar o estado do processo.

O pedido de levantamento das restrições do SI por motivo de readmissão do processo de utente é sujeito a penalizações ao hospital por desconformidades administrativas¹.

¹ Ver capítulo 8.2. Penalizações por Desconformidades.

5.3.3. Agendamento da cirurgia

O agendamento do utente inscrito na LIC passa pelas seguintes fases:

1. Programação dos utentes a agendar;
2. Contacto para agendamento;
3. Notificação de agendamento;
4. Verificação da preparação do utente para cirurgia;
5. Comparência do utente aos episódios pré-operatórios.

A realização da cirurgia ao utente pressupõe que as 5 fases anteriormente referidas sejam bem sucedidas, isto é, a programação dos utentes a agendar foi efectuada de acordo com a prioridade clínica e antiguidade na LIC, o utente foi contactado com sucesso, aceitou ser agendado e não faltou aos episódios pré-operatórios para a preparação da sua intervenção cirúrgica.

O cancelamento do agendamento obriga ao registo no sistema informático da ocorrência, explicitando um dos seguintes motivos:

Nº	Motivos de cancelamento do agendamento	Responsabilidade
1	Alteração do estado clínico do utente	Utente
2	Recusa do utente com motivo plausível	Utente
3	Recusa do utente sem motivo plausível	Utente
4	Faltou à cirurgia	Utente
5	Atraso nas cirurgias anteriores	Hospital
6	Cancelamento de agendamento de suplentes	Hospital
7	Falência do equipamento	Hospital
8	Falta material	Hospital
9	Falta sangue	Hospital
10	Indisponibilidade da equipa	Hospital
11	Indisponibilidade da sala	Hospital
12	Reagendamento por necessidades clínicas urgentes	Hospital
13	Ausência de vagas de internamento	Hospital
14	Ausência de vagas de UCI	Hospital
15	Ausência vagas recobro	Hospital
16	Ausência de vaga em cuidados intermédios	Hospital

Nº	Motivos de cancelamento do agendamento	Responsabilidade
17	Deficiências na estrutura de apoio (material e humana)	Hospital
18	Erro administrativo	Hospital
19	Outros	Hospital

5.3.3.1. Programação dos utentes a agendar

A figura seguinte representa o circuito do processo de programação dos utentes a agendar:

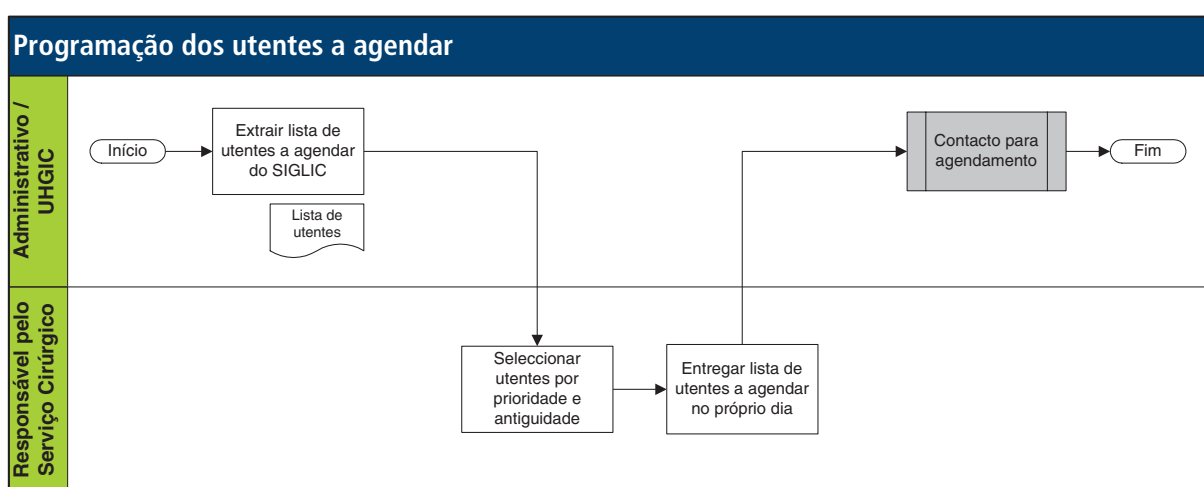


Figura 13 - Programação dos utentes a agendar

Periodicamente (sendo aconselhada uma periodicidade semanal), o responsável pelo Serviço Cirúrgico deverá planejar a produção cirúrgica a realizar no próximo período. O planeamento deverá ser realizado tendo por base uma listagem emitida, a pedido do serviço cirúrgico, através do SIGLIC com os utentes em condições de serem convocados para cirurgia, i.e., utentes que estão como “inscritos”, “reinscritos” ou “transferidos de” no sistema de informação, de acordo com a antiguidade na LIC e prioridade clínica.



Sugere-se que seja pedida uma lista com um número de utentes suficiente para duas semanas de produção cirúrgica por forma a que, para a selecção final, de utentes a agendar, seja possível estabelecer a combinação que optimize a actividade do bloco.

A data prevista para o primeiro agendamento dos utentes deverá estar desfasada de pelo menos 4 dias úteis a contar da data em que foi extraída a listagem. Com base nesta listagem e em critérios de selecção pré-definidos, bem como na necessidade de otimizar a utilização do bloco operatório, deverá ser seleccionado um grupo de utentes para agendamento de cirurgia, devendo os seus nomes, contactos e datas de agendamento ser fornecidos ao responsável pelo agendamento das cirurgias junto dos utentes.

A programação cirúrgica deve obedecer aos seguintes critérios de selecção, partindo do mais importante:

1º Prioridade clínica estabelecida pelo médico especialista em função da patologia de base, gravidade, impacte na vida do utente e velocidade de progressão da doença;

2º **Antiguidade na LIC**, em caso de igual prioridade clínica será seleccionado em primeiro lugar o utente que se encontre inscrito na lista há mais tempo.

O SIGIC pressupõe o agendamento dos utentes primeiro em função da prioridade clínica e para cada conjunto de utentes com a mesma prioridade em função da antiguidade. Para evitar que utentes com prioridade normal (nível 1) nunca venham a ser agendados, em hospitais em que a lista histórica tenha uma componente importante de processos antigos, as listagens devem seguir um de dois métodos (cada serviço selecciona o que melhor se ajusta à sua realidade):

- a) **Método de quotas**: para cada conjunto pedido é retribuído 50% do nível 3 e 4; 25% do nível 2 e 25% do nível 1, se o número de utentes num determinado nível não atingir a quota, o diferencial é transposto para os níveis restantes em partes iguais;
- b) **Método de incremento de tempo**: para cada processo existe uma prioridade operacional que resulta da subtracção do tempo efectivo de espera ao tempo máximo de espera previsto para a prioridade estabelecida. Segundo este método, os utentes são primeiramente ordenados segundo a prioridade operacional e dentro desta, segundo a antiguidade na LIC.

É considerada desconformidade administrativa no âmbito do SIGIC, agendar utentes com um desfaseamento superior a 15 dias face a, pelo menos, um dos métodos de ordenação sem justificação adequada². A existência deste desfaseamento tem por objectivo, por um lado permitir um juízo de pormenor sobre a prioridade individual dentro de cada nível e, por outro, permitir um agendamento consentâneo com as restrições horárias dos serviços e do bloco operatório.

Para os mesmos procedimentos não podem existir tempos de espera significativamente distintos no mesmo hospital, tal constituirá uma desconformidade que poderá ser grave se a diferença condicionar dano para um dos utentes. Para facilidade de gestão das listas é entendido que entre serviços distintos poderá existir para o mesmo procedimento uma tolerância de 30 dias (para mais ou para menos) em relação à data projectada de agendamento para um determinado procedimento face ao débito histórico dos serviços envolvidos e tendo em conta o utente mais antigo (para cada nível de prioridade – no caso de selecção por quotas) ou o doente com o tempo de espera operacional menor (no caso da selecção de utentes por progressão).

Observados os critérios enunciados, o Director do Serviço Cirúrgico é livre de seleccionar como entender os candidatos a cirurgia para agendar.

Depois de seleccionar os utentes a agendar, o responsável do Serviço Cirúrgico deverá entregar no próprio dia a lista ao administrativo responsável pelo agendamento, a fim de este poder iniciar o contacto com os utentes no prazo máximo de 24 horas após a entrega da lista (Nota: O registo do agendamento só é possível estando a proposta registada).

² Os 15 dias referem-se ao erro permitido (para mais ou menos) em relação à data projectada de agendamento para um determinado serviço face ao débito histórico deste serviço e tendo em conta o utente mais antigo (para cada nível de prioridade – no caso de selecção por quotas) ou o doente com o tempo de espera operacional menor (no caso da selecção de utentes por progressão).

5.3.3.2. Contacto para agendamento

A figura seguinte representa o circuito do processo de contacto para agendamento do utente:

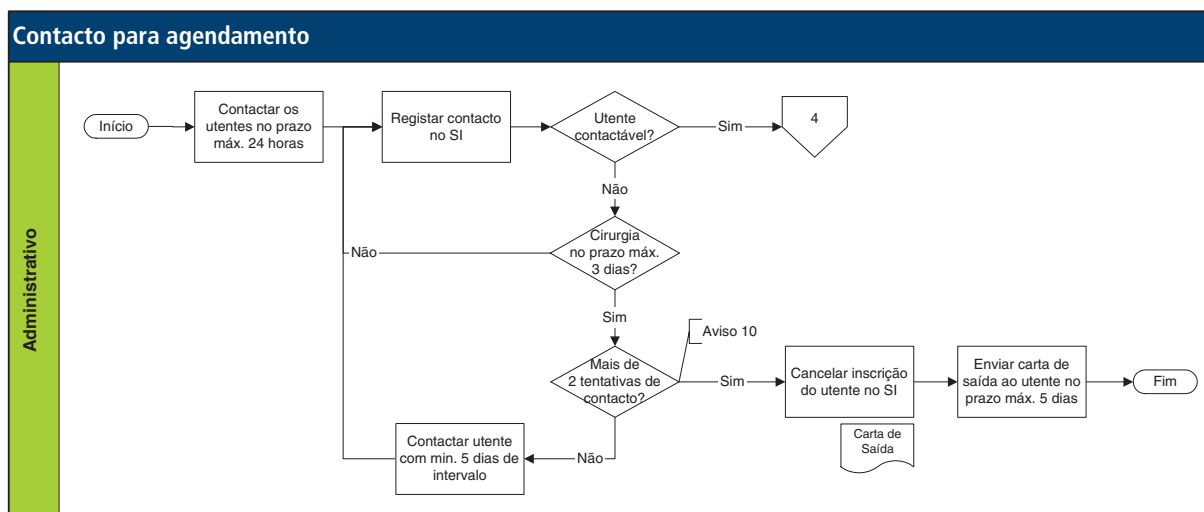


Figura 14 - Contacto para agendamento

Com base nos dados fornecidos pelo responsável do Serviço Cirúrgico, é iniciado o processo de contacto dos utentes para agendamento da cirurgia, devendo ser privilegiado o contacto telefónico, procurando o período pós-laboral.

O contacto para agendamento deverá ser realizado pela UHGIC ou pelo secretariado do Serviço Cirúrgico ou do Bloco Operatório, através dos meios de contacto que o utente indicou no momento da inscrição. Na impossibilidade de contacto telefónico deverá sempre ser tentado o contacto via postal.

Os utentes devem ser sempre contactados com uma antecedência mínima de 3 dias sobre a data prevista para a cirurgia.

Todos os contactos com o utente devem ficar registados no sistema informático, independentemente do sucesso dos mesmos, assegurando a recolha do seguinte conjunto de informação:

- Data do contacto;
- Tipo de contacto utilizado (i.e., telefone, fax, carta, etc.);
- Motivo do contacto (agendamento);
- Resultado do contacto (i.e., não contactável, aceitou, não aceitou, desistiu, etc.);
- Responsável pelo contacto (nome da pessoa que realizou o contacto).



Para o contacto em horário pós-laboral, sugere-se o recurso ao pessoal administrativo que dá apoio ao hospital após as 18 horas, devendo-se, em qualquer caso, assegurar que estes profissionais estão na posse de todos os elementos necessários para contactar o utente.

Após insucesso no contacto, as novas tentativas de contacto com o utente deverão ter no mínimo um intervalo de 5 dias úteis. Para este efeito, considera-se que houve insucesso se tiverem sido esgotadas as possibilidades de estabelecer comunicação com o utente até 3 dias da data prevista para a cirurgia.

Caso o utente esteja incontactável, ao terceiro conjunto de tentativas de contacto e sendo a data prevista para agendamento inferior a 3 dias, o administrativo deve cancelar a inscrição do utente, sendo a UHGIC responsável por registar as razões do cancelamento e enviar a carta de saída da LIC no prazo máximo de 5 dias úteis.

5.3.3.3. Notificação de agendamento

A figura seguinte representa o circuito do processo de notificação de agendamento pelo utente:

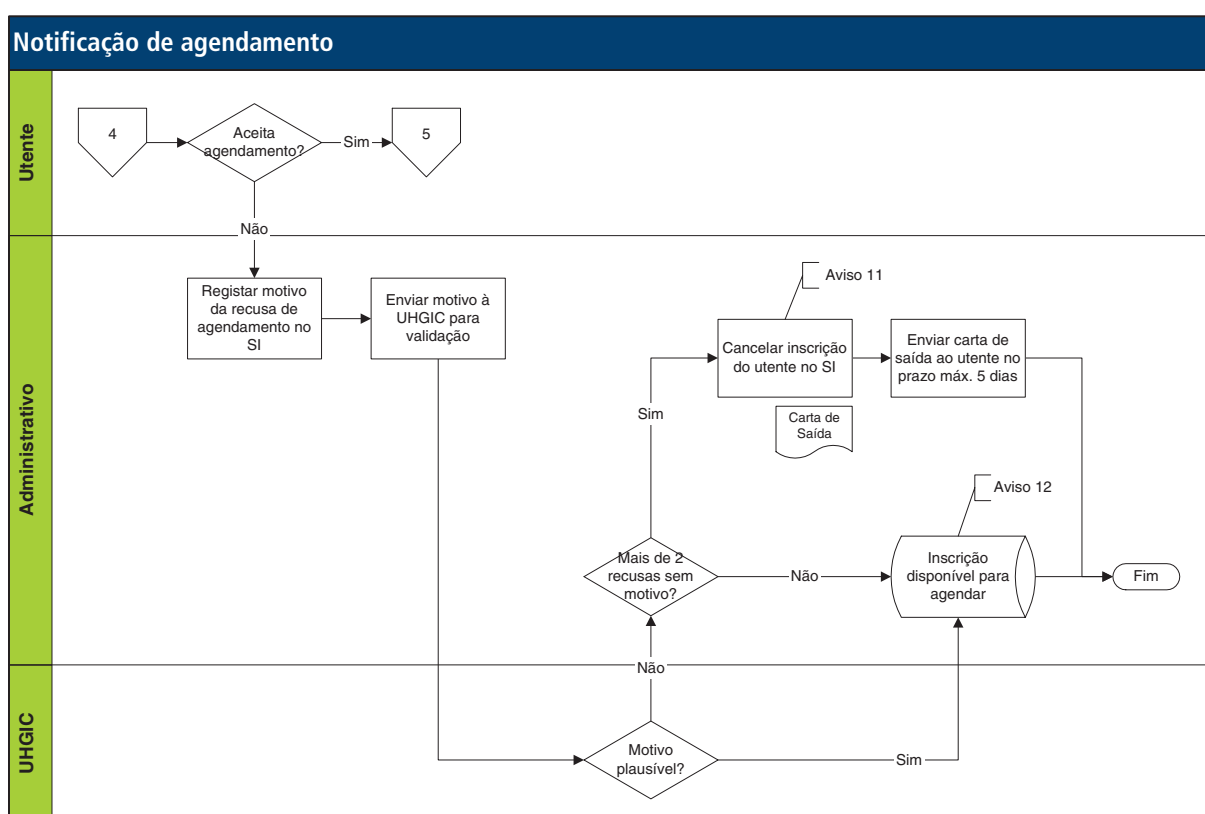


Figura 15 - Notificação de agendamento

Depois do contacto com o utente ter sido bem sucedido, é dada a possibilidade de aceitar ou recusar o agendamento, sendo que a recusa deve ser justificada com motivo plausível.

Caso o utente aceite a data de agendamento proposta, o administrativo responsável pelo contacto deverá registar a data da cirurgia no sistema de informação e a inscrição do utente passa para o estado agendado. Após o registo do agendamento, é iniciado o processo de preparação do utente para a cirurgia.

Caso o utente recuse a data de agendamento, o administrativo deve registar informaticamente o motivo da recusa e comunicar à UHGIC para validação do mesmo. Se a UHGIC considerar que se trata de um motivo plausível, o utente fica novamente disponível para agendamento no sistema de informação.

O utente tem direito a recusar duas tentativas de agendamento sem apresentar motivo plausível, sendo que as datas propostas para a realização da cirurgia devem ter entre elas um intervalo de, pelo menos, cinco dias úteis. À terceira recusa de agendamento sem apresentar motivo plausível, o administrativo deve cancelar a sua inscrição na LIC, sendo a UHGIC responsável por enviar a carta de saída da LIC ao utente no prazo máximo de 5 dias úteis.



De modo a evitar situações de cancelamento por recusa de agendamento, o responsável pelo contacto deverá, durante o contacto com o utente, questionar o utente se a sua falta de disponibilidade para a data sugerida é pontual ou se é previsível encontrar-se indisponível por um período prolongado (mais de 15 dias). Caso se confirme esta última situação, deverá sugerir ao utente que peça a suspensão temporária da sua inscrição por motivo plausível para o respectivo período.

O agendamento do bloco operatório deverá ser feito nos seguintes termos:

- a) Periodicidade semanal;
- b) Indicação da relação nominal dos utentes e dos procedimentos cirúrgicos previstos, dos recursos necessários no bloco operatório e dos tempos previsíveis;
- c) Confirmação, com a antecedência mínima de 48 horas, da cirurgia;
- d) Aprovação do responsável do bloco operatório.

A informação necessária para o agendamento do bloco operatório inclui:

- a) Identificação do utente;
- b) Data / hora prevista para a chegada à sala de bloco;
- c) Tempo total de ocupação da sala de bloco sendo explicitada a componente operatória (período directamente controlado pelo cirurgião responsável);
- d) Indicação do tipo de cirurgia (convencional ou ambulatorio);
- e) Indicação da modalidade (produção base ou produção adicional);
- f) Diagnóstico subjacente à cirurgia;
- g) Procedimentos cirúrgicos a observar (explicitando a lateralidade se for o caso);
- h) Recursos humanos (nomeação da equipa) e materiais necessários;
- i) Cuidados especiais a observar.

Com base no agendamento do bloco operatório, o hospital deverá convocar o utente para a intervenção cirúrgica com uma antecedência mínima de 72 horas sobre a data de internamento para a cirurgia, salvo nas situações em que tenha sido efectuada uma substituição motivada pelo cancelamento imprevisto de uma cirurgia, em que se presume o acordo do utente. Nessa comunicação, deve ser prestada ao utente toda a informação relativamente às circunstâncias de admissão, condições do internamento e procedimentos necessários, sejam clínicos ou administrativos.

5.3.3.4. Comparência aos episódios pré-operatórios

A figura seguinte representa o circuito do processo de comparência do utente aos episódios pré-operatórios:

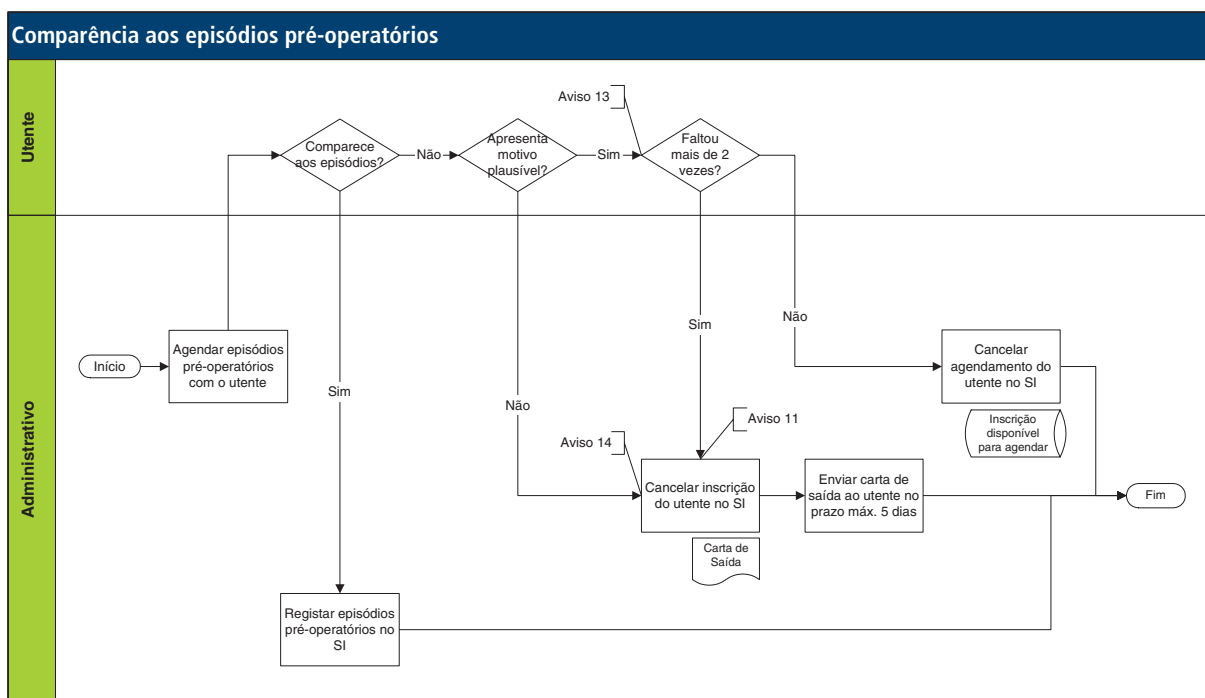


Figura 16 - Comparência aos episódios pré-operatórios

O administrativo responsável pelo agendamento dos episódios pré-operatórios deverá contactar o utente para marcação dos mesmos. Após a comparência do utente aos episódios pré-operatórios, deverá ser efectuado o registo informático da realização desses episódios. Destaque-se que a falta de comparência do utente também deverá ser registada.

A inscrição do utente deverá ser cancelada da LIC sempre que o mesmo não compareça a um episódio pré-operatório e:

- a) Não apresente um motivo plausível ou;
- b) Falte mais de duas vezes mesmo apresentando motivo plausível.

Caso o utente não compareça a um episódio pré-operatório com apresentação de motivo plausível e não ultrapasse o número máximo de faltas permitidas (duas), o administrativo deverá cancelar o agendamento do utente no sistema de informação, passando o registo a estar novamente disponível para agendamento.

5.3.3.5. Verificação da preparação para cirurgia

A figura seguinte representa o circuito do processo de preparação do utente para a intervenção cirúrgica:

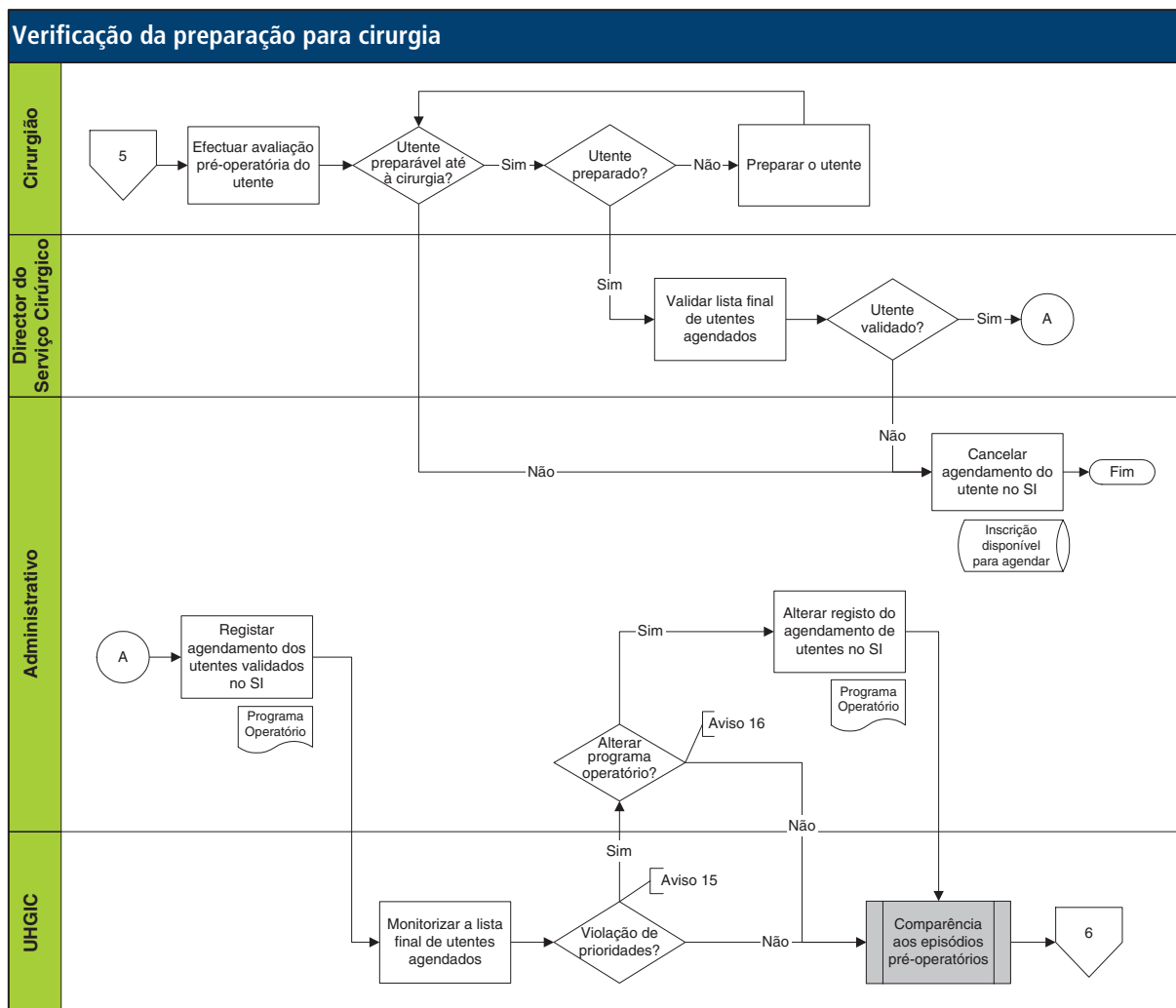


Figura 17 - Verificação da preparação do utente para cirurgia

Após a aceitação da data de agendamento proposta, é iniciada a preparação do processo clínico do utente de acordo com as linhas orientadoras definidas pelo serviço cirúrgico ou pelo hospital para compilar este conjunto de informação. Para além da proposta de cirurgia, o processo clínico do utente deverá ainda incluir o relatório da avaliação pré-operatória, a documentação da consulta de Anestesiologia (caso exista), a informação solicitada ao utente, os exames e outros dados necessários para a correcta execução dos procedimentos. À data do agendamento da cirurgia, a informação relativa à existência de patologias ou problemas associados do utente e necessidades peri-operatórias específicas face à cirurgia que se vai efectuar, deverá estar actualizada e constante do processo.

O utente deverá ser informado da documentação a apresentar no dia em que é solicitado estar presente no hospital para a intervenção e de eventuais procedimentos preparatórios que deva efectuar tendo em vista a cirurgia, ou seja, dieta, medicação, exames, tratamentos ou consultas pré-operatórias e outras indicações que sejam consideradas necessárias, tais como a necessidade de jejum num período de tempo prévio à intervenção.



Sempre que possível, o responsável pelo contacto deverá garantir a execução dos episódios pré-operatórios antes da data do internamento. Em alternativa, poderá fornecer a informação necessária para que o utente possa proceder à marcação oportuna dos episódios pré-operatórios requisitados.

De forma a tornar este processo mais eficaz, o hospital deverá protocolar os exames complementares de diagnóstico e as indicações de avaliação pré-anestésica, assim como estabelecer o prazo de validade do estudo pré-operatório.

Recomenda-se ainda que, de acordo com o protocolo clínico existente, a UHGIC proporcione aos utentes a marcação sequencial dos exames complementares de diagnóstico e da consulta pré-anestésica, assegurando um acompanhamento do utente desde o início do processo. Deste modo, qualquer eventualidade que impeça, ainda que temporariamente, a intervenção cirúrgica será automaticamente actualizada no registo do utente na LIC, evitando-se agendamentos inconsequentes.

5.3.4. Realização da cirurgia

A figura seguinte representa o circuito do processo de realização da intervenção cirúrgica:

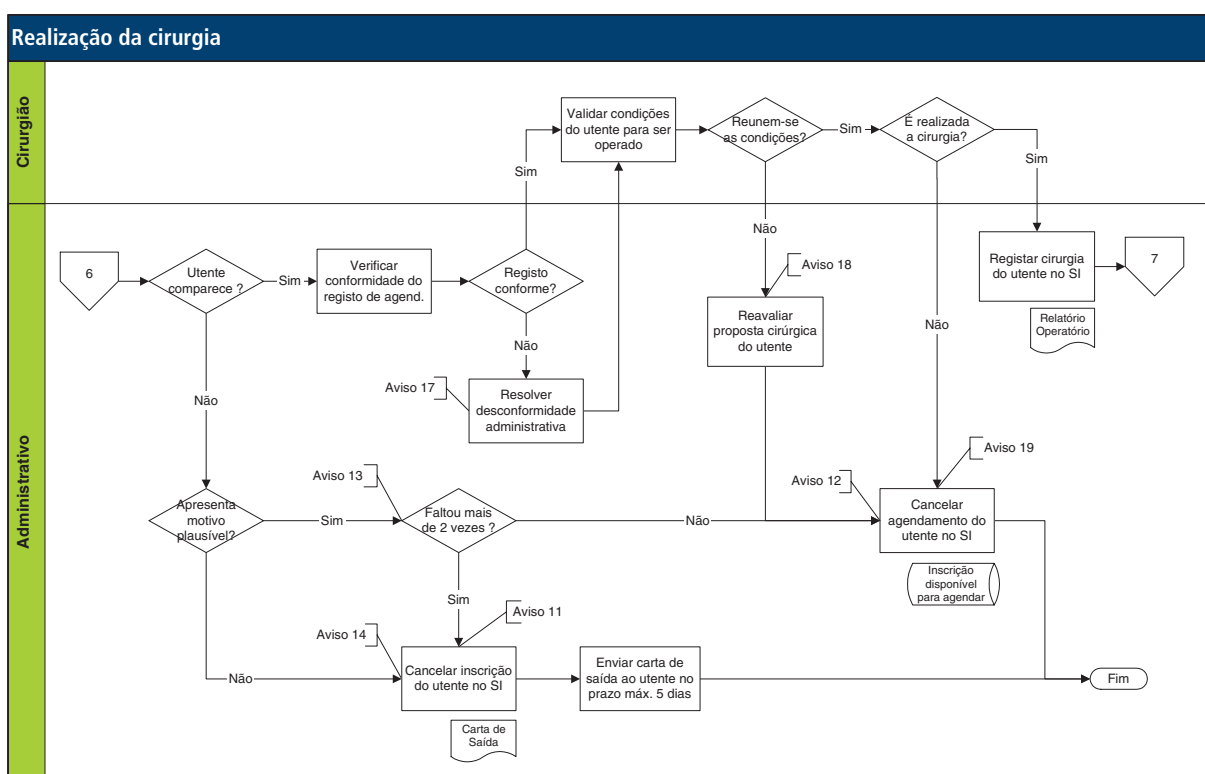


Figura 18 - Realização da cirurgia

A realização da cirurgia compreende 2 passos:

- Gestão da comparencia do utente para a cirurgia;
- Registo do resultado da intervenção cirúrgica.

O cancelamento da cirurgia obriga ao registo no SI da ocorrência, explicitando um dos motivos de cancelamento do agendamento³.

5.3.4.1. Comparência para a cirurgia

As regras do SIGIC, no âmbito da falta de comparência aos episódios pré-operatórios aplicam-se também à falta de comparência aos episódios operatórios, isto é, caso o utente não apresente motivo plausível que justifique a falta ou falte mais do que duas vezes mesmo apresentando motivo plausível, a sua inscrição deve ser cancelada. Caso não tenha ultrapassado o limite de faltas e apresente motivo plausível, deverá ser cancelado o agendamento do utente no sistema de informação, mantendo a sua inscrição activa.



De modo a evitar as situações de cancelamento por não comparência para a cirurgia, ainda que com motivo plausível, o responsável pelo contacto deverá, durante o contacto com o utente, questioná-lo se a sua falta de disponibilidade é pontual ou se é previsível encontrar-se indisponível um período prolongado (mais de 15 dias). Caso se confirme esta última situação, deverá sugerir ao utente que peça a suspensão temporária da sua inscrição por motivo plausível para o respectivo período.

No caso da programação cirúrgica ter sido efectuada com muita antecedência (mais de 1 semana), sugere-se que o hospital efectue um segundo contacto para confirmar a disponibilidade do utente para o agendamento, confirmando a data da intervenção cirúrgica (24 a 48h) antes do internamento. Neste contacto deverão ser de novo explicitadas as condições necessárias inerentes à sua admissão (tais como o local e horário de recepção, material necessário e documentação a apresentar), com o objectivo de minimizar as consequências das faltas dos utentes.

Caso o utente compareça à cirurgia, é necessário analisar previamente se o registo do agendamento não apresenta desconformidades administrativas e se o utente está devidamente preparado para ser intervenção.

A realização da cirurgia só acontece após uma observação do utente pelo corpo clínico que confirmará a manutenção da indicação cirúrgica e a presença das condições necessárias para a cirurgia.

Caso o utente não esteja preparado para ser intervenção, o hospital deverá reavaliar a sua proposta cirúrgica e cancelar o agendamento no sistema de informação.



De modo a evitar prejuízos para o utente, o processo deve ser colocado pendente por motivos clínicos até voltarem a estar reunidas condições para proceder à cirurgia.

Na existência eventual de alguma desconformidade administrativa formal, o processo do utente fica suspenso administrativamente no sistema de informação, não sendo esta acção impeditiva do episódio cirúrgico, é no entanto obrigatória a correcção da desconformidade antes de ser possível registar a cirurgia.

³ Ver capítulo 5.3.3. Agendamento da Cirurgia.

5.3.4.2. Intervenção cirúrgica

Após a realização da cirurgia, o estado do registo do utente na LIC passa para intervencionado no momento em que é inserida a intervenção no sistema de informação do hospital, sendo que a data de saída da LIC deve coincidir com a data da intervenção cirúrgica. Os Serviços Cirúrgicos devem elaborar um relatório da intervenção cirúrgica, com toda a informação pertinente, que deverá ser integrado no processo clínico do utente, e cópia enviada ao médico assistente do mesmo.

A informação mínima a disponibilizar no relatório inclui:

1. Identificação do utente;
2. Identificação do hospital e serviço responsável pelo procedimento;
3. Identificação da proposta que deu lugar à cirurgia;
4. Identificação de todos os elementos constantes da equipa:
 - Nome (constante na tabela do hospital);
 - Funções desempenhadas;
5. Tipo de cirurgia - ambulatória ou convencional;
6. Classificação do episódio (base, adicional, urgente, outro);
7. Data e hora do início do episódio cirúrgico (entrada na sala do bloco);
8. Data e hora do início da intervenção (procedimento cirúrgico);
9. Data e hora do fim da intervenção (procedimento cirúrgico);
10. Data e hora do fim do episódio cirúrgico (saída da sala do bloco);
11. Tipo de anestesia praticada (sem anestesia, anestesia local, anestesia regional, anestesia epidural, raquianestesia, anestesia geral, outra modalidade);
12. Identificação dos diagnósticos operatórios:
 - Breve descrição;
 - Código de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças (CID 9-MC);
 - Classificação do diagnóstico (oncológico, não oncológico, suspeito de poder ser oncológico, de comportamento biológico imprevisível, indeterminado);
 - Procedimentos cirúrgicos executados, relacionados com o diagnóstico:
 - Breve descrição;
 - Códigos de procedimento (CID 9-MC);
 - Tipo de cirurgia (limpa, limpa contaminada, contaminada, suja);
 - Descrição de acontecimentos relevantes associados ao procedimento;

13. Achados operatórios importantes – aspectos detectados durante a cirurgia que sejam relevantes;
14. Identificação das peças colocadas nos casos de colocação de próteses;
15. Complicações cirúrgicas ou anestésicas;
16. Para o caso de patologia oncológica deve também ser registado:
 - Estadiamento TNM;
 - Existência de terapêuticas neo-adjuvantes (quimioterapia, radioterapia);
 - Tratamento das cadeias ganglionares (não locais, regionais, regionais e regiões anexas, atípica);
 - Cirurgia do: tumor primário; recidiva; metástases; biópsia (com objectivos diagnósticos ou de estadiamento, só cadeias ganglionares; reconstrução diferida; correcção de complicações ou sequelas);
 - Intenção (diagnóstica, preventiva, curativa, reconstrutiva, estética, paliativa);
17. Prescrição e cuidados a ter no pós-operatório;
18. Local para onde é enviado após cirurgia (incluindo eventual período de recobro no bloco) - 1- Domicílio; 2-Recobro de cirurgia de ambulatório; 3-Enfermaria; 4-Unidade de cuidados Intermédios; 5-Unidade de cuidados Intensivos; 6-Serviço de Urgência; 7- Outra Unidade de cuidados especiais; 8-Falecido;
19. Identificação do responsável pela elaboração do relatório.

O registo da intervenção (e respectivo relatório) deve ser efectuado logo após o término do episódio cirúrgico. Em casos de absoluta necessidade poderá ser registado até 10 dias mais tarde. No entanto, salienta-se que o registo da intervenção cirúrgica só será possível estando a proposta e o agendamento registado no sistema de informação.

5.3.5. Internamento

O internamento do utente após a realização da cirurgia passa pelas seguintes fases:

1. Registo de intercorrências;
2. Registo de complicações;
3. Alta de internamento.

O hospital onde o utente foi intervencionado tem de dar resposta a todas as intercorrências que ocorreram durante o período de internamento nas suas instalações. Se a responsabilidade da intercorrência for do hospital, este tem o ónus da sua resolução ainda que esta ultrapasse o período de internamento.

Utentes com intercorrências que não da responsabilidade do hospital, poderão vir a ser transferidos para o hospital da área de residência, uma vez garantida a resolução da situação referente aos procedimentos efectuados e verificada a possibilidade de transferir sem dano para o utente. O hospital é ainda responsável pela resolução de quaisquer complicações identificadas no período de dois meses após a alta.

O hospital deve assegurar a continuação dos tratamentos, decorrentes dos procedimentos instituídos, após a alta do internamento e durante o tempo necessário. Exceptuam-se desta obrigação os cuidados crónicos que advenham naturalmente, como consequência obrigatória, ou muito provável, do procedimento (por exemplo, os cuidados com colostomas).

No prazo máximo de dois meses, ou antes se for importante para o utente, a gestão do processo deve retornar ao hospital de origem. Se existirem complicações ou intercorrências da responsabilidade do hospital de destino não resolvidas, deve formar-se um acordo entre o utente e o hospital de destino, mediado pela URGIC e com conhecimento da UCGIC, com vista a decidir o processo de resolução da situação.

5.3.5.1. Registo de intercorrências

A figura seguinte representa o circuito do processo de registo de intercorrências do utente:

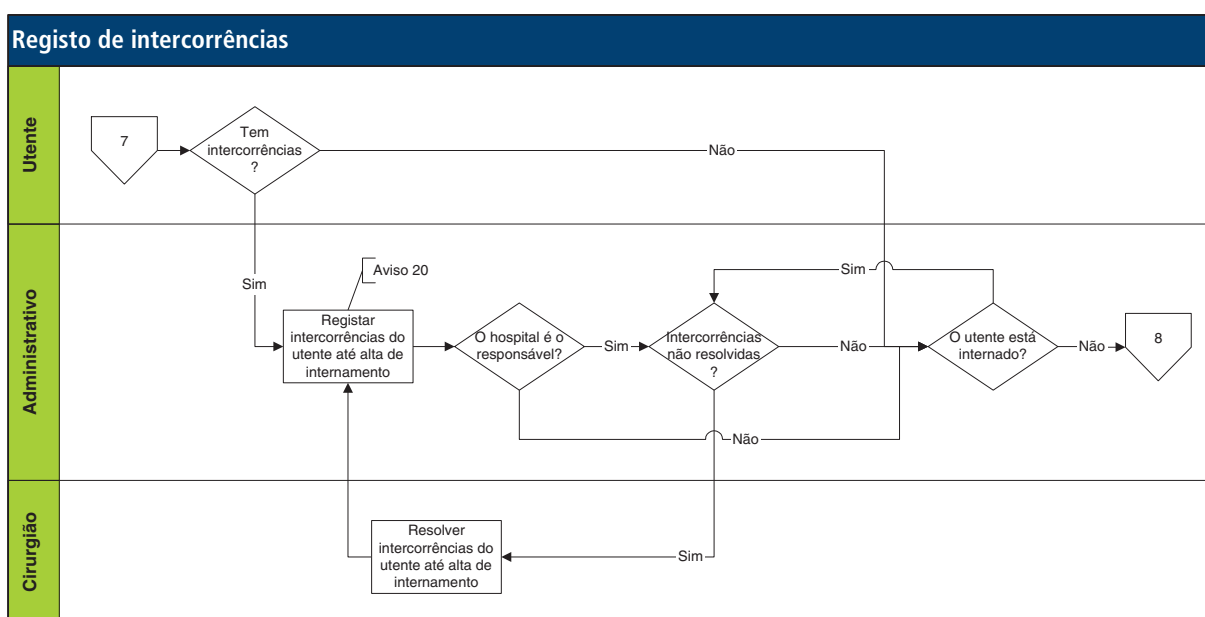


Figura 19 - Registo de intercorrências

O hospital onde o utente é operado é responsável por registar e resolver as intercorrências que o utente possa ter durante o internamento.

As intercorrências imputáveis ao hospital destino terão que ter resolução cabal suportada por este.

Após o período de 2 meses a contar da data de alta de internamento, o hospital que operou o utente deverá acompanhar a sua situação clínica, nomeadamente a intercorrências de sua responsabilidade não resolvidas, e continuar os tratamentos necessários através de um acordo de resolução que, caso seja necessário, será mediado pela UHGIC do hospital de origem ou pela URGIC.

5.3.5.2. Registo de complicações

A figura seguinte representa o circuito do processo de registo de complicações do estado clínico do utente:

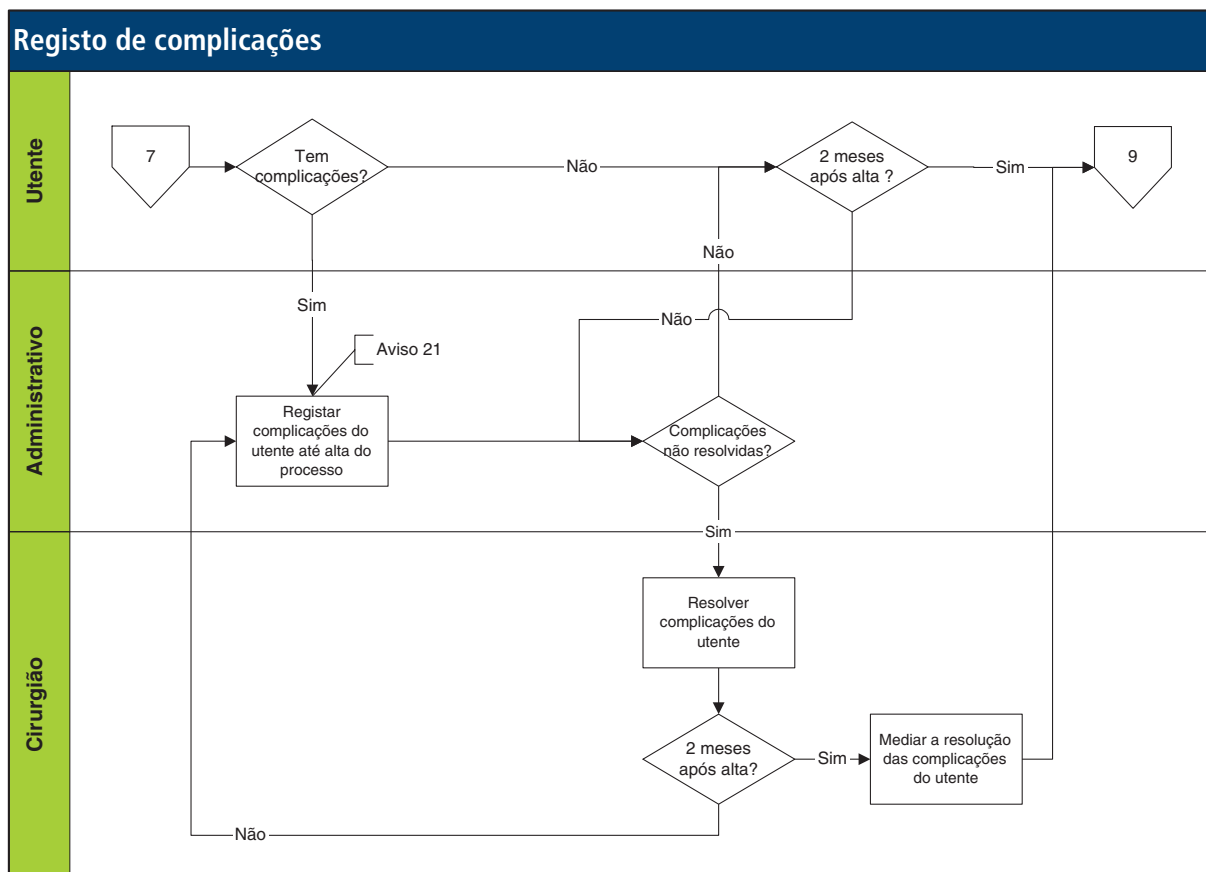


Figura 20 - Registo de complicações

O hospital onde o utente é operado será responsável por registar e resolver as complicações identificadas durante o período de dois meses após a alta do internamento.

Qualquer situação não programada que afecte o utente e que seja detectada durante um período de 2 meses após a alta, deverá ser considerada complicação cirúrgica até prova em contrário. O ónus da prova cabe ao hospital que intervencionou o utente.

Após o período de 2 meses a contar da data de alta de internamento, o hospital que operou o utente deverá acompanhar a sua situação clínica, nomeadamente no que se refere a complicações não resolvidas, e continuar os tratamentos necessários através de um acordo de resolução que, caso seja necessário, será mediado pela UHGIC do hospital de origem ou pela URGIC.

5.3.5.3. Alta do internamento

A figura seguinte representa o circuito do processo de alta de internamento do utente:

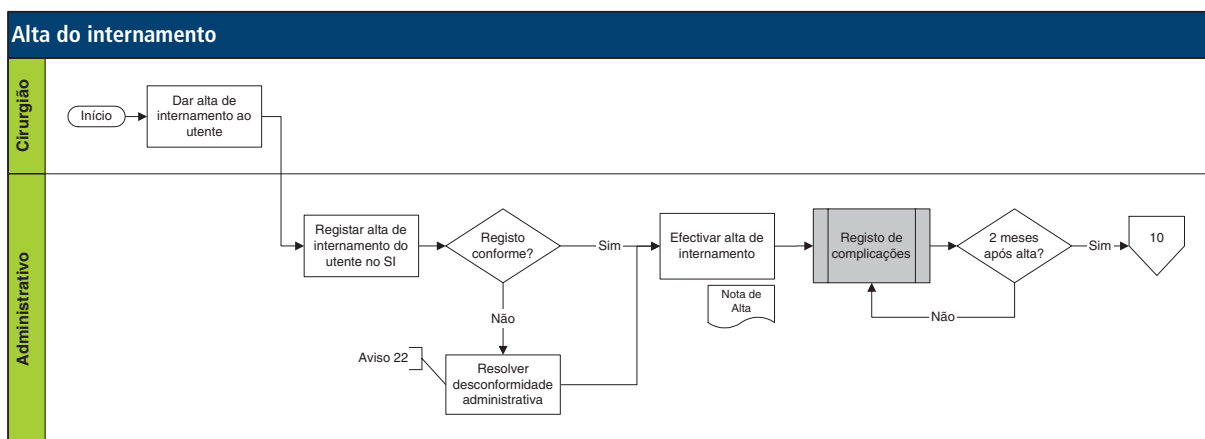


Figura 21 - Alta do internamento

A alta do internamento é estabelecida pelo cirurgião responsável, quando entender que o utente está em condições de ser enviado para o domicílio. Neste caso, inclui-se no conceito de alta de internamento, a transferência do utente para qualquer outra instituição de saúde ou para outro serviço no mesmo hospital, desde que deixe de ficar a cargo do cirurgião que o operou e ainda no caso de óbito.

O administrativo, após comunicação do médico, é responsável pelo registo da alta de internamento no sistema de informação. O registo deverá estar conforme a nível administrativo, caso contrário deverá resolver a respectiva desconformidade, envolvendo para tal as entidades necessárias. O registo da alta de internamento é efectivado, independentemente de existirem desconformidades administrativas no processo do utente, sendo que, neste caso, terão que ser posteriormente corrigidos os elementos necessários. A emissão da nota de alta é um elemento determinante na conformidade do processo do utente à data da alta.

Os elementos necessários a recolher à data da alta são os seguintes:

- Identificação do episódio (utente/proposta);
- Data da alta;
- Existência de complicações detectadas durante o internamento;
- Existência de complicações ainda não resolvidas;
- Existência de intercorrências detectadas da responsabilidade do hospital;
- Existência de intercorrências da responsabilidade do hospital não resolvidas;
- Terapêutica medicamentosa no internamento;
- Terapêutica e outras indicações para o pós alta;
- Notas para arquivo (não se destina ao utente);

- j) Destino após alta: domicílio (ou equivalente), outro serviço no mesmo hospital; Unidade de Cuidados Intensivos; outra instituição de saúde; faleceu no internamento;
- k) Identificação do médico responsável pela informação à data da alta.

Os elementos constantes da nota de alta deverão ser os seguintes:

- a) Identificação do hospital / serviço;
- b) Identificação do episódio (utente/proposta);
- c) Data da alta;
- d) Diagnóstico pós-operatório;
- e) Procedimentos efectuados;
- f) Cirurgião responsável;
- g) Terapêutica e outras indicações para o pós alta;
- h) Destino após a alta: Domicílio (ou equivalente), outro serviço no mesmo hospital; Unidade de Cuidados Intensivos; outra instituição de saúde; faleceu no internamento.

5.3.6. Conclusão do processo

O processo do utente inscrito na LIC é dado como concluído quando se verificam as quatro condições seguintes:

- 1. Não existam intercorrências da responsabilidade do hospital por resolver;
- 2. Não existam complicações por resolver;
- 3. Já tenham decorrido pelo menos 2 meses após a data de alta do internamento;
- 4. Não existam desconformidades administrativas no processo de alta.

A figura seguinte representa o circuito do processo de alta do processo clínico do utente:

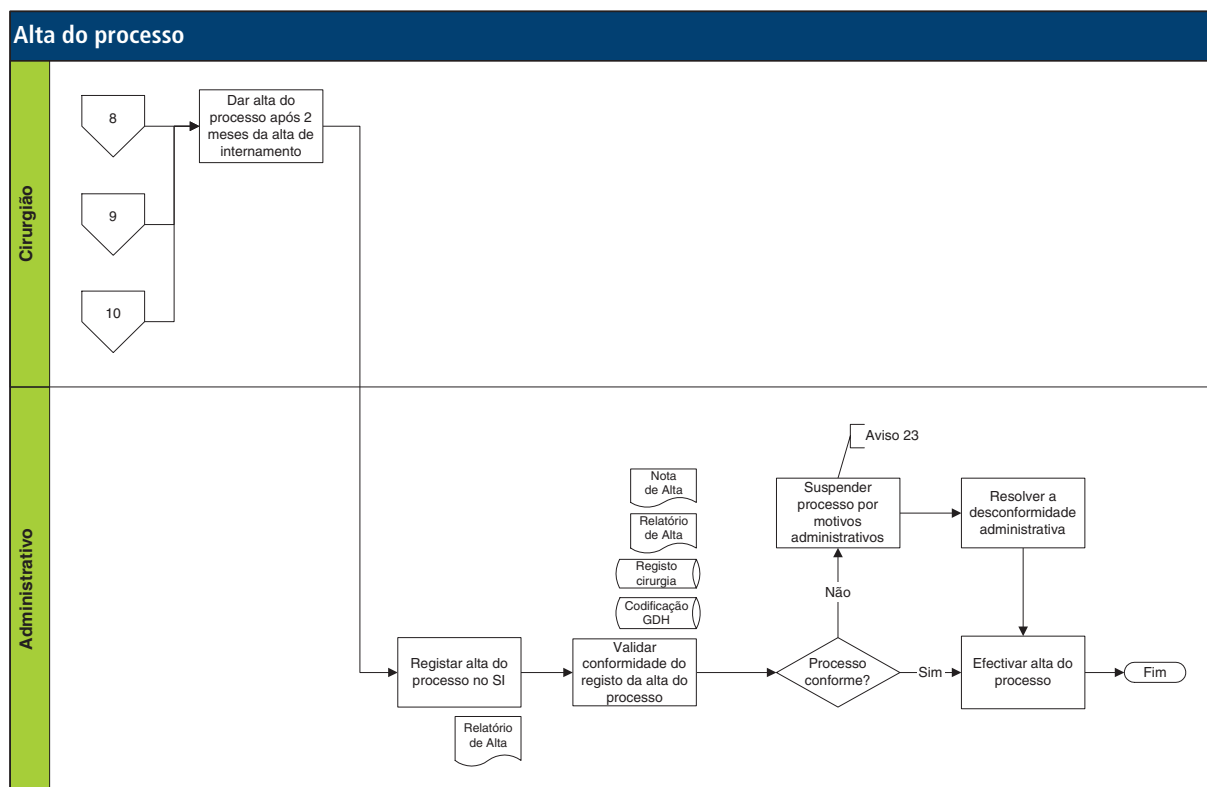


Figura 22 - Alta do processo clínico do utente

O médico responsável pela cirurgia do utente deverá dar alta do processo clínico no período de 2 meses após a alta de internamento.

Na existência de complicações ou intercorrências da responsabilidade do hospital, não resolvidos até ao período de 2 meses, o hospital de destino deverá acordar com o utente os processos para a resolução dos problemas, recorrendo caso necessário à mediação da UHGIC do hospital de origem, URGIC ou UCGIC. Assim, salvo outro acordo, decorridos 2 meses o hospital deverá prosseguir com os tratamentos ao utente, caso necessário.

O processo (todos os documentos recebidos do hospital de origem acrescido do relatório clínico dos eventos decorridos sob a responsabilidade do hospital de destino) deve ser devolvido ao hospital de origem o mais brevemente possível (salvaguardando a necessidade de recolher toda a informação necessária), o mais tardar ao fim de 2 meses.

Para a conclusão do processo deve ser registada no sistema informático a seguinte informação:

- Identificação do episódio (utente/proposta);
- Data da devolução do processo;
- Data da conclusão do episódio;
- Diagnóstico definitivo tendo em conta o resultado de exames intra e pós operatórios (descritivo e códigos ICD9 correspondentes);

- e) Relatório cirúrgico;
- f) Tratamentos ou exames efectuados após a alta hospitalar;
- g) Existência de complicações detectadas durante o pós-operatório;
- h) Existência de complicações ainda não resolvidas;
- i) Existência de intercorrências da responsabilidade do hospital não resolvidas;
- j) Acordos estabelecidos para resolução de complicações ou intercorrências;
- k) Identificação das sequelas pós-cirúrgicas;
- l) Notas para o hospital de destino;
- m) Notas para arquivo (não se destina ao utente);
- n) Identificação do médico responsável pela informação à data da conclusão.

5.3.6.1. Relatório de alta

O administrativo deverá registar a conclusão do processo no sistema informático após ter sido informado pelo médico responsável, sendo emitido o respectivo relatório de alta. Cabe ao administrativo (podendo recorrer em caso de dúvida aos restantes intervenientes do processo) validar se o registo da alta do processo está conforme com os seguintes documentos/registos: Nota de Alta; Relatório de Alta; Registo da Cirurgia; Codificação do GDH.

O relatório da alta destina-se ao hospital de origem e deve conter os seguintes elementos:

- a) Identificação do hospital / serviço;
- b) Identificação do episódio (utente/proposta);
- c) Data da alta;
- d) Data da devolução do processo;
- e) Data da conclusão do episódio;
- f) Diagnóstico definitivo tendo em conta o resultado de exames intra e pós operatórios (Descritivo e códigos ICD9 correspondentes);
- g) Procedimentos efectuados;
- h) Cirurgião responsável;
- i) Existência de complicações detectadas durante o pós-operatório;
- j) Existência de complicações ainda não resolvidas;
- k) Existência de intercorrências da responsabilidade do hospital não resolvidas;
- l) Acordos estabelecidos para resolução de complicações ou intercorrências;

- m) Identificação das sequelas pós-cirúrgicas;
- n) Notas para o hospital de destino;
- o) Destino após a alta: domicílio (ou equivalente), outro serviço no mesmo hospital; Unidade de Cuidados Intensivos; outra instituição de saúde; faleceu no internamento;
- p) Identificação do médico responsável pela informação à data da conclusão.

Com a introdução da informação solicitada, o sistema deve ser capaz de gerar um GDH que classifique o episódio. O administrativo deverá verificar este processo, de modo a garantir a possibilidade de facturar o episódio.

5.3.6.2. Verificação da conformidade do processo

Caso o processo de alta esteja conforme com as quatro condições citadas anteriormente, o administrativo deverá efectivar a alta do processo no sistema informático e juntar todos os elementos no processo clínico do utente para posterior arquivo.

Caso existam desconformidades administrativas, o administrativo deverá suspender o processo do utente no sistema informático com base em motivos administrativos e resolver as respectivas desconformidades, envolvendo as entidades necessárias para o efeito. Após verificação da conformidade do processo, é possível efectivar o registo da alta no sistema informático.

VI. O PROCESSO DE GESTÃO DO UTENTE EM CASO DE TRANSFERÊNCIA

6.1. Entidades envolvidas

6.1.1. Unidade Hospitalar do hospital de origem

Compete à UHGIC do hospital de origem:

- Prever e identificar com antecedência, os casos dos utentes que deverão ser transferidos para outra unidade prestadora de cuidados de saúde, esclarecendo os utentes das condições de aceitação da transferência;
- Garantir a preparação atempada do processo para transferência e supervisionar o envio e recepção dos processos clínicos dos utentes nesta situação;



A UHGIC tem ao seu dispor um conjunto de avisos na aplicação SIGLIC que permitem facilmente identificar os utentes em causa.

- Elaborar a informação necessária para o planeamento, gestão e tomada de decisão relativos à Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), para distribuição às diversas unidades orgânicas internas do hospital e para posterior relatório às entidades supervisoras;



A UHGIC deve analisar regularmente a LIC (periodicidade máxima mensal) por agrupamentos de procedimentos cirúrgicos solicitados e observar o rácio dos tempos de espera médios em função da prioridade clínica estabelecida. Simultaneamente, deve analisar os indicadores de produção por agrupamento de procedimentos cirúrgicos. Face a estes resultados, a UHGIC deverá observar eventuais desvios que possam conduzir a desconformidades e notificar o CA do hospital no sentido estabelecer a conformidade dos processos.

- Analisar as solicitações de exames ou outras informações pedidas pelo hospital de destino que visem completar o processo clínico de um utente transferido face à proposta cirúrgica, validar a razoabilidade do pedido, promover a realização das tarefas necessárias para obter a informação pretendida e enviar a informação ao hospital destino no prazo máximo de 15 dias após a sua solicitação; discordando com o pedido do hospital de destino (caso entenda que a informação solicitada não é pertinente para a realização da cirurgia) deverá informar o hospital de destino e a URGIC da respectiva decisão;
- Assegurar a logística e o custeamento das transferências entre o hospital de origem e o de destino;

- Avaliar e reportar às UCGIC/URGIC toda a informação considerada pertinente, incluindo a quantidade de produção disponível (realizada face à contratada) para cada uma das parcelas de produção cirúrgica (base e adicional), a evolução de inscritos (entradas, saídas, tempo médio de espera, etc.) e a taxa de ocupação do bloco operatório.
- Zelar pelo cumprimento das regras de confidencialidade dos dados a que tiver acesso no âmbito do desempenho da sua actividade.

6.1.2. Unidade Hospitalar do hospital de destino

Compete UHGIC do hospital de destino:

- Realizar ou assegurar o contacto com os utentes para marcações de consultas ou exames, designadamente no âmbito dos cuidados pré-operatórios, da avaliação pré-anestésica e da programação cirúrgica;
- Garantir a actualidade das informações constantes nas URGIC e UCGIC sobre a capacidade instalada do hospital e sobre os procedimentos cirúrgicos disponibilizados;
- Articular com a URGIC e a UHGIC do hospital de origem a transferência dos processos clínicos dos utentes;
- Solicitar à UHGIC do hospital de origem os exames ou outras informações necessários para a correcta avaliação da proposta cirúrgica; no caso de não obter resposta após notificação da URGIC, deverá providenciar a execução dos exames necessários, cujos custos ficarão a cargo do hospital de origem;
- Caso o hospital de destino seja **privado** e entender que não tem a informação necessária para avaliar a proposta ou efectuar a cirurgia, deve solicitar os exames/consultas necessários ao hospital de origem que deverá responder no prazo de 15 dias úteis.
- Articular com a URGIC a devolução de um utente caso se justifique;
- Garantir a apresentação de relatórios sobre a situação do utente à data da alta hospitalar com vista a ser presente ao médico assistente, incluindo informação sobre protocolo operatório, lista de sequelas e complicações, medicação e outros tratamentos administrados durante o internamento, achados clínicos decorrentes dos exames, das observações e da cirurgia, prescrição para ambulatório e outras recomendações.
- Zelar pelo cumprimento das regras de confidencialidade dos dados a que tiver acesso no âmbito do desempenho da sua actividade.

6.1.3. Unidade Regional

Compete às URGIC:

- Negociar, em nome do Ministério da Saúde, bem como propor ao Conselho de Administração da ARS, convenções com todas as entidades privadas e sociais habilitadas que manifestem interesse em aderir à convenção, com vista à prestação de cuidados de saúde no âmbito da gestão integrada de inscritos para cirurgia;
- Monitorizar e controlar os processos de transferência e garantir o cumprimento dos protocolos de transferência definidos, designadamente no que respeita aos circuitos, acompanhamento e comunicação entre os intervenientes;
- Accionar os mecanismos necessários para garantir que aos processos dos utentes transferidos é dada uma solução para a sua situação dentro do tempo máximo de espera;
- Alterar, no prazo máximo de 5 dias após negociação com o hospital de destino, o estado dos processos de utentes que, tendo sido transferidos para as unidades hospitalares convencionadas, aí não realizaram a intervenção cirúrgica, passando para a situação de transferidos para a UCGIC; nestes casos a URGIC deverá avaliar se a justificação para a devolução do utente é adequada ou se deve proceder a uma penalização ao hospital de destino por desconformidade;
- Recolher mensalmente junto das unidades prestadoras e fornecer à UCGIC, informação sobre a situação dos utentes admitidos ou transferidos, e avaliar as tendências verificadas, designadamente:
 - Recusas de intervenção por parte do utente, incluindo situações de falta de comparência;
 - Cancelamentos por revisão de indicação cirúrgica;
 - Recusas do hospital de destino por condicionantes da actividade clínica;
 - Número de intervenções cirúrgicas realizadas;
- Zelar pelo cumprimento das regras de confidencialidade dos dados a que tiver acesso no âmbito do desempenho da sua actividade.

No âmbito da gestão das transferências, as URGIC e UCGIC deverão igualmente:

- Adoptar as acções necessárias para fomentar a adequação da oferta dos serviços das unidades convencionadas com a procura de procedimentos cirúrgicos dos hospitais da rede do SNS;
- Garantir o cumprimento das transferências emitidas para cada um dos hospitais;
- Monitorizar os fluxos de transferências, quer entre os hospitais da rede SNS como para a rede convencionada;
- Supervisionar a actividade dos hospitais da rede SNS e das unidades convencionadas no que concerne a transferências de utentes e produção cirúrgica contratada;

- Estabelecer os mecanismos adequados para assegurar:
 - A correcta e fluida comunicação entre as diferentes partes implicadas;
 - A realização dos procedimentos cirúrgicos por parte dos hospitais do SNS e das entidades convencionadas dentro do prazo admissível;
 - A veracidade e a actualidade dos dados contidos na Lista de Inscritos para Cirurgia;
 - O controlo de qualidade do circuito estabelecido.

6.1.4. Unidade Central

Compete à UCGIC:

- Adoptar os mecanismos adequados para garantir a actualização permanente do registo dos utentes na LIC, assegurando a correcta integração e coerência dos dados;
- Acompanhar a realização dos contratos-programa, negociados entre o IGIF e as unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas na rede SNS, no que respeita à totalidade da produção cirúrgica programada;
- Monitorizar de forma contínua a produção cirúrgica realizada a nível nacional, nomeadamente no âmbito da actividade programada, compreendendo os utentes inscritos para cirurgia, com especial ênfase nos tempos médios e máximos de espera;
- Definir os protocolos de transferência de processos de utentes entre as unidades hospitalares do SNS e entre estas e as entidades convencionadas nos termos deste Regulamento, bem como elaborar os circuitos associados e assegurar os mecanismos de acompanhamento dos utentes e de comunicação entre as unidades hospitalares;
- Seleccionar, de forma adequada, os processos dos utentes a transferir e garantir o cumprimento e monitorização dos protocolos de transferência definidos por parte dos restantes intervenientes;
- Emitir e enviar os vales-cirurgia;
- Tomar decisões no que respeita ao pedido de devolução de utentes pelo hospital de destino;
- Preparar e divulgar junto do público em geral toda a informação relevante relacionada com a actividade dos diferentes hospitais do SNS e entidades convencionadas;
- Zelar pelo cumprimento das regras de confidencialidade dos dados a que tiver acesso no âmbito do desempenho da sua actividade.

6.2. Etapas do processo

O processo de gestão do utente inscrito para cirurgia em caso de transferência envolve as seguintes etapas:

1. Preparativos para a transferência do utente;
2. Transferência do utente para a Unidade Central;
3. Transferência do utente para o hospital de destino (do SNS ou convencionado);
4. Retorno do processo clínico do utente ao hospital de origem.

6.2.1. Preparativos para a transferência do utente

A transferência do processo de utente para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas é obrigatória sempre que o hospital de origem, com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro do tempo máximo de espera (TME).

A transferência pode ocorrer nos seguintes momentos:

- a) **A pedido do hospital de origem**, quando este articula com outro hospital do SNS a transferência do utente; nestes casos o utente transferido não pode violar as regras de prioridade / antiguidade dos utentes inscritos no hospital destino;
- b) Aos **75% do TME**, quando o hospital não agenda o utente até 75% do TME;
- c) Aos **100% do TME**, quando o hospital apesar de ter o utente agendado não o opera até ao TME.

A figura seguinte representa o circuito do processo de preparativos para transferência do utente aos 75% do TME:

Preparativos para transferência quando TME > 70%

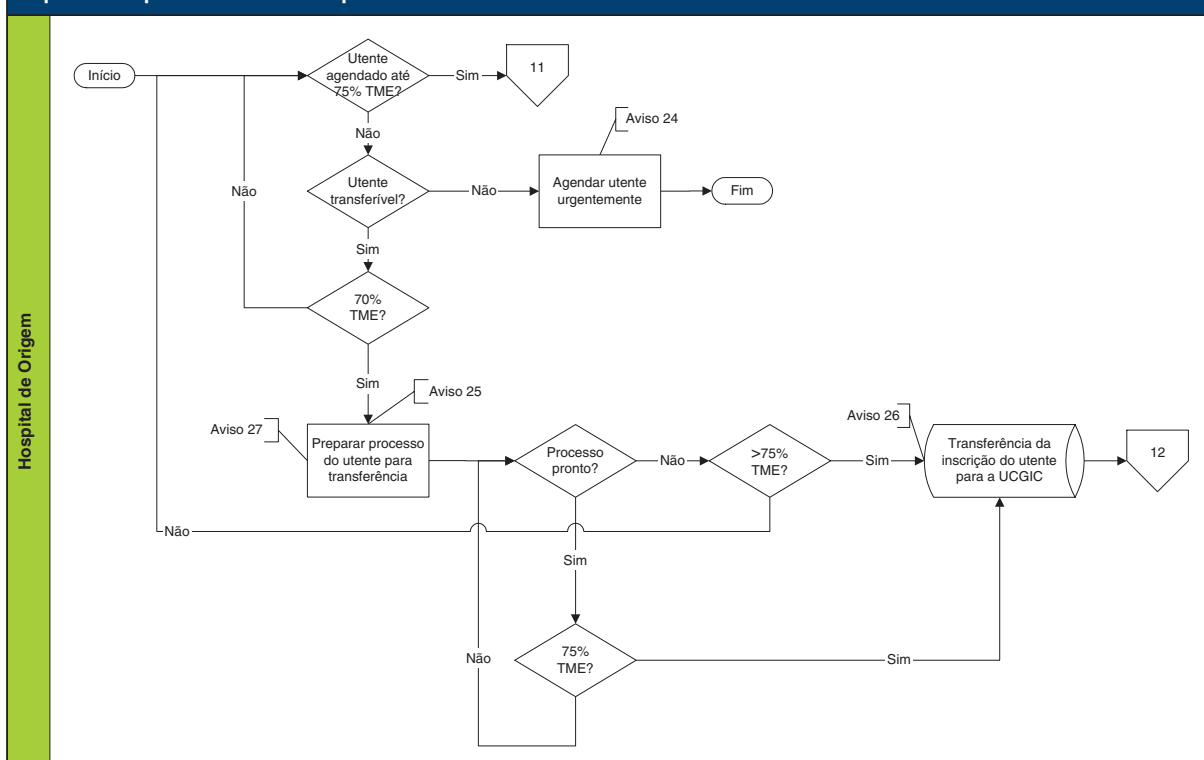


Figura 23 - Preparativos para transferência quando tempo de espera $\geq 70\%$ TME

A figura seguinte representa o circuito do processo de preparativos para transferência do utente aos 100% do TME:

Preparativos para transferência quando TME > 95%

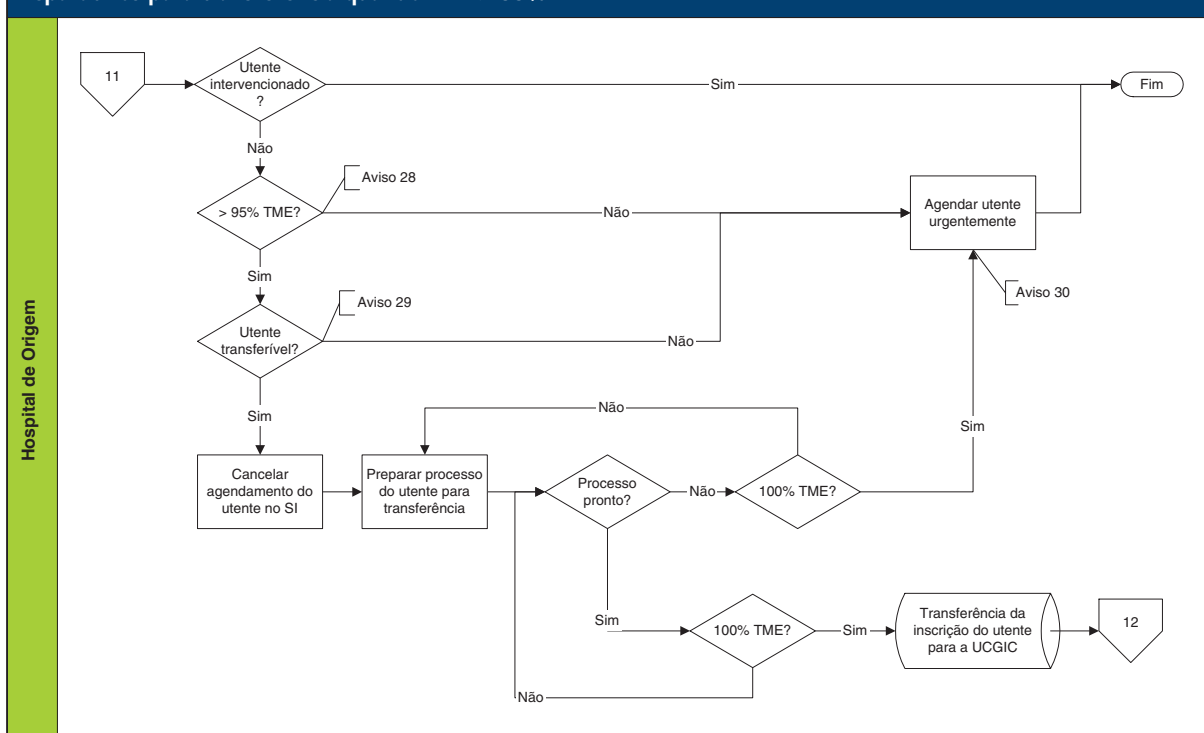


Figura 24 - Preparativos para transferência quando tempo de espera $\geq 95\%$ TME

O processo da preparação da transferência do utente representado nas figuras acima, será descrito com mais detalhe nos sub-capítulos seguintes.

A transferência do utente deixa de ser obrigatória aos 75% do TME quando ocorre uma das seguintes situações:

- a) O utente expressa à UHGIC do hospital de origem a sua vontade em permanecer no hospital, sendo reinscrito na LIC com a data da recusa da transferência;
- b) Quando justificadamente o hospital de origem declara o utente intransferível, o que só se pode verificar caso seja entendido que não existe capacidade disponível noutra unidade hospitalar ou que a transferência pode trazer risco de vida ou de saúde ao utente; em qualquer um dos casos, a justificação dada deve ser validada pelo coordenador da UHGIC do hospital de origem, registada no SI e comunicada por escrito à UCGIC;
- c) Quando o hospital de origem efectua o agendamento da cirurgia até ao limite de 100% do TME.

6.2.1.1. Aviso prévio ao hospital de origem

Durante o processo normal de gestão do utente inscrito na LIC, existem três alarmes que avisam o hospital de origem quanto à falta de agendamento de utentes e que se traduzem numa listagem emitida de forma automática através do SIGLIC, quer na UHGIC, quer nos respectivos Serviços Cirúrgicos, sendo que os últimos só têm acesso aos utentes por agendar do respectivo Serviço Cirúrgico.

O primeiro alarme surge quando decorre **70% do TME** do utente e serve de alerta para a transferência próxima dos respectivos utentes aos 75% do TME, indicando que devem ser agendados ou deve ser preparado o seu processo para transferência.

O segundo alarme ocorre quando decorreu **75% do TME**. Este alarme só será accionado caso o agendamento não tenha ocorrido e o utente seja transferível, indicando que o utente pode ser transferido para a UCGIC a qualquer momento assim que existirem hospitais disponíveis para o receber.

Por último, o terceiro alarme ocorre quando tiver decorrido **95% do TME** para os utentes agendados pelo hospital de origem até 75% do TME e que ainda não foram intervencionados, alertando para o término eminente do TME.

Existindo hospitais de destino disponíveis e tendo o tempo de espera chegado aos 75% ou aos 100% do TME, é iniciado o processo de transferência do utente, cujo registo informático da inscrição passa para o estado "**transferido para**", ficando o hospital de origem impedido de realizar o agendamento de quaisquer episódios pré-operatórios ou operatórios.

6.2.1.2. Agendamento urgente

Nos casos em que o utente não seja transferível para outra unidade hospitalar (por motivos clínicos ou por falta de capacidade adicional disponível para transferência), o hospital de origem deverá agendá-lo urgentemente até ao limite dos 100% do TME.

Os hospitais públicos partilham o compromisso perante a sua população de cumprimento do tempo

máximo de espera para os casos de utentes intransferíveis. Deste modo, devem organizar a sua prestação por forma a dar resposta prioritária aos utentes com patologias que requerem tratamentos complexos e que porventura, não possam encontrar resposta viável noutros prestadores.



Para evitar desconformidades com o processo, o SIGLIC dispõe de avisos que identificam os utentes que não são transferidos ao fim de 75% do TME ou que venham a ser devolvidos ao hospital de origem, solicitando o seu agendamento urgente.

6.2.1.3. Preparação do processo clínico para transferência

Nos casos em que o utente é transferível, o hospital de origem é responsável pela preparação do processo clínico do utente, para posterior envio ao hospital de destino seleccionado pela UCGIC.



Para evitar desconformidades com o processo, o SIGLIC dispõe de avisos que identificam os utentes aos 70% do TME e aos 90% do TME que estejam na eminência de serem transferidos, solicitando a preparação do processo.

Caso o hospital de destino seja um hospital convencionado (privado ou social), o processo clínico do utente será enviado ao hospital onde o utente cativar o seu vale-cirurgia. Assim, sempre que o utente cativar o vale-cirurgia no hospital convencionado, surge um aviso no hospital de origem, tendo a UHGIC do hospital de origem 5 dias úteis para enviar o processo clínico, para a UHGIC do hospital que cativou o vale-cirurgia.

A preparação do processo clínico do utente inclui a proposta cirúrgica inicial, os resultados dos episódios pré-operatórios (exames, consultas e tratamentos) e qualquer informação adicional que o hospital considere importante para a realização da cirurgia proposta ao utente. No processo clínico pressupõe-se a existência de toda a informação necessária à construção de um juízo independente sobre a adequação (no momento da transferência) da proposta cirúrgica à patologia do utente e a necessária preparação para a realização da cirurgia.



Para garantir que à data da transferência o processo está pronto, evitando desconformidades no processo, sugere-se que o utente seja convocado para uma consulta com o objectivo de ser reavaliado e eventualmente actualizados os seus exames.

A UHGIC deve verificar atempadamente se o processo contém a informação devidamente actualizada, por forma a ser possível avaliar a proposta cirúrgica e realizar a cirurgia. Caso a informação não esteja devidamente actualizada, deve providenciar a actualização da mesma.

O envio do processo clínico ao hospital de destino e pagamento de custos inerentes ao envio são da responsabilidade do hospital de origem, sendo efectuados pela respectiva UHGIC.

6.2.1.4. Transferência do utente a pedido do hospital de origem

A figura seguinte representa o circuito do processo de transferência do utente para determinado hospital SNS a pedido do hospital de origem:

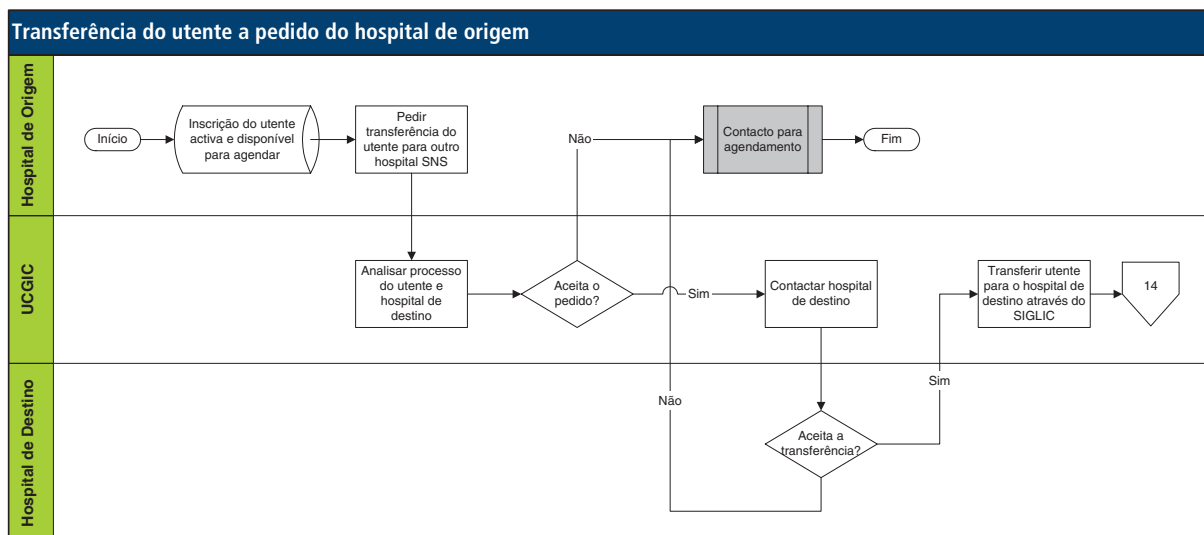


Figura 25 - Transferência do utente para outro hospital SNS a pedido do hospital de origem

Tendo o hospital um utente na LIC para o qual entende que existe uma solução mais conveniente noutra hospital (da rede SNS), poderá efectuar um pedido de transferência do utente para esse hospital após articular com o hospital de destino todas as questões necessárias. O pedido deverá ser enviado à UCGIC para validar junto do hospital de destino a intenção de receber o utente e proceder à transferência do processo informaticamente.

Neste caso, a execução e a responsabilidade operacional da transferência do utente é da exclusiva responsabilidade do hospital de origem e presume o consentimento expresso do utente para a transferência.

O utente deverá permanecer no hospital de origem caso ocorra uma das seguintes situações:

- A UCGIC não aceite o pedido do hospital de origem (por não haver capacidade para transferir o utente ou por o pedido não ser válido);
- O hospital de destino não aceite a transferência do utente;
- O utente recusa ser transferido para outro hospital.

Caso o utente seja posteriormente devolvido ao hospital de origem sem estar intervencionado, é da responsabilidade deste hospital o seu tratamento dentro do TME.

6.2.2. Transferência para a Unidade Central

A figura seguinte representa o circuito do processo de transferência do utente para a Unidade Central:

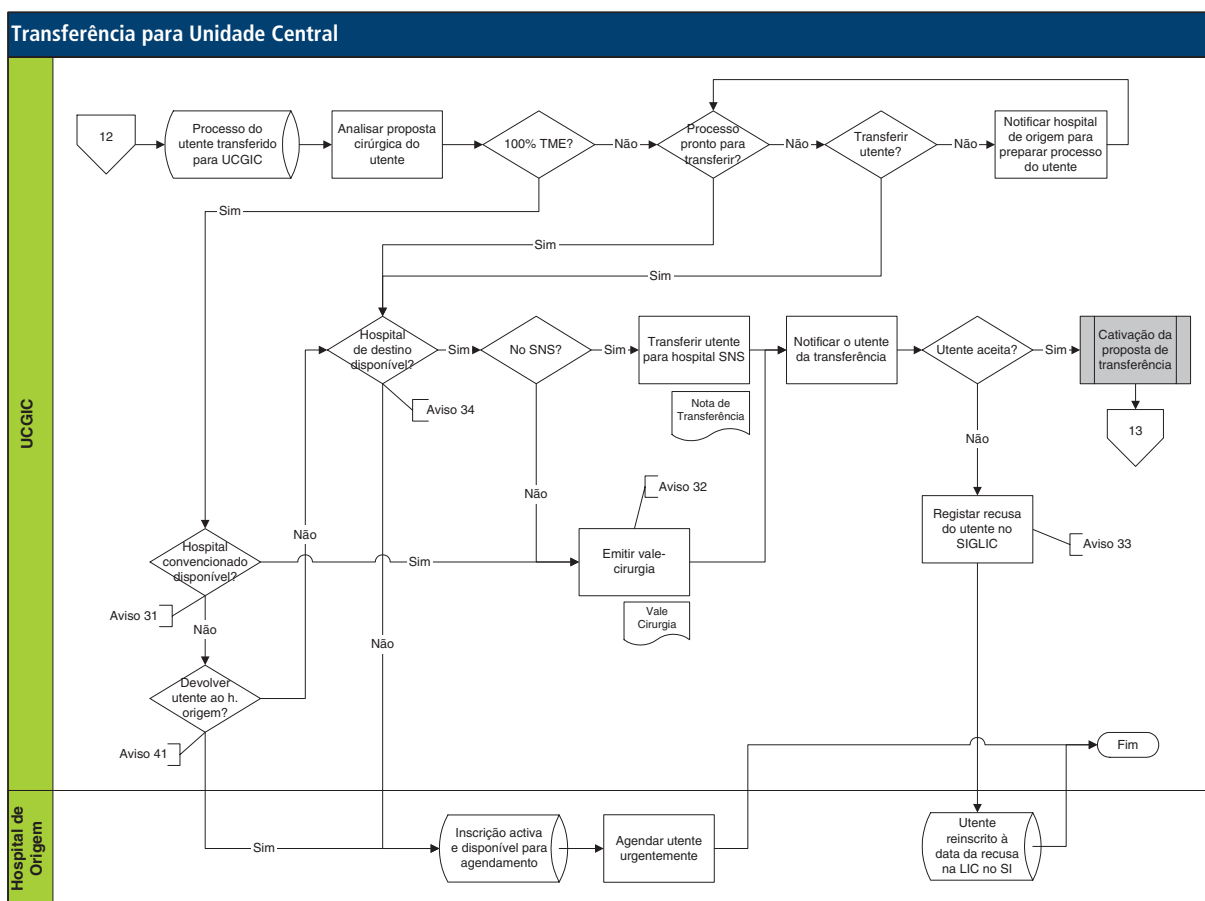


Figura 26 - Transferência do processo do utente para a Unidade Central

No momento em que o tempo de espera do utente ultrapassa os 75% do TME sem agendamento, é transferido automaticamente para a UCGIC através do sistema informático, não podendo ser agendado para quaisquer episódios pré-operatórios e operatórios pelo hospital de origem.

Do mesmo modo, decorrido 100% do TME sem que o utente tenha sido intervencionado pelo hospital de origem, o processo é transferido para a UCGIC, sendo emitido um vale-cirurgia ao utente.

As actividades do processo representado em cima encontram-se detalhadas nos sub-capítulos seguintes.

6.2.2.1. Verificação da conformidade do processo clínico

Depois do processo do utente ser transferido através do SIGLIC, a UCGIC deverá analisar e validar a conformidade dos registos efectuados pelo hospital de origem no âmbito da inscrição do utente na LIC, isto é, confirmar se os registos informáticos respeitam as regras do SIGIC ou se existem desconformidades administrativas no processo. Caso exista alguma desconformidade administrativa, a UCGIC deverá dar instruções à UHGIC do hospital de origem para resolvê-las o mais brevemente possível.

Ao mesmo tempo que analisa a conformidade do processo clínico do utente, a UCGIC deverá iniciar a pesquisa de um hospital de destino, tendo em conta as especificações da proposta e, especialmente, as que se referem às necessidades de suporte peri-operatório.

6.2.2.2. Selecção do hospital de destino



A partir dos 75% do TME, qualquer utente em LIC é elegível para transferência, desde que não esteja caracterizado pelo hospital de origem como intransferível. A UCGIC não transfere utentes, a não ser que haja hospitais disponíveis para os receberem.

A UCGIC não transfere utentes sem antes ter notificado o hospital de origem de que a transferência está próxima, permitindo-lhe agendar esses utentes caso o entenda.

A UCGIC começa por procurar um hospital na rede SNS⁴ com capacidade para realizar a cirurgia, de acordo com o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) codificado(s) na proposta do utente.

A selecção do hospital de destino na rede SNS é realizada de acordo com os seguintes critérios:

- 1º Disponibilidade de capacidade para transferências;
- 2º Disponibilidade para a realização do procedimento cirúrgico;
- 3º Capacidade instalada para fazer face a patologias associadas e a solicitações de suporte peri-operatório;
- 4º Proximidade da residência do utente: mesmo distrito; distritos limítrofes; mesma região de saúde; regiões de saúde limítrofes.

Caso haja capacidade disponível na rede SNS para operar o utente dentro do TME, a UCGIC procede à transferência do utente através do SIGLIC para um hospital SNS. Não havendo capacidade para transferir o utente na rede SNS, a UCGIC emite um vale-cirurgia que o utente poderá cativar num dos hospitais privados ou sociais com os quais foram celebradas convenções. O vale-cirurgia será emitido através do SIGLIC. No entanto, se na rede de hospitais convencionados não existir igualmente capacidade para transferir o utente, o processo do mesmo retorna ao hospital de origem que deverá agendá-lo com carácter urgente⁵.

⁴ Nos casos em que o TME do utente é superior a 95%, é emitido um vale-cirurgia.

⁵ Ver capítulo 6.2.1.2. Agendamento urgente.

O processo de transferência de utentes realiza-se através do cruzamento dos códigos ICD9 dos procedimentos que constam na proposta cirúrgica e dos procedimentos cirúrgicos oferecidos pelos hospitais. De forma a garantir um cruzamento eficaz dos respectivos dados, a proposta cirúrgica deverá ser codificada no mínimo com 3 dígitos no que respeita aos procedimentos cirúrgicos. Isto significa que o utente poderá ser transferido para um hospital que ofereça o mesmo código ICD9 de 3 dígitos ou um código de 4 dígitos pertencente ao mesmo grupo de 3 dígitos. Por exemplo, se na proposta cirúrgica estiver codificado o procedimento 58.42, o utente tanto pode ser transferido para um hospital que ofereça o respectivo procedimento ou para um hospital que ofereça o procedimento 58.4, uma vez que se assume que, no caso de o hospital apenas especificar até ao 3º dígito, é porque realiza todos os procedimentos contidos nesse grupo.

No âmbito do processo de transferência de utentes, a lista de procedimentos cirúrgicos enviada pelos hospitais à UCGIC deve representar a oferta de serviços cirúrgicos do hospital agrupada por serviços, isto é, a totalidade de procedimentos cirúrgicos que é possível realizar no hospital, dada a sua capacidade ao nível de técnicas e equipamentos existentes, mesmo que ainda não os tenham realizado por não haver procura. Os códigos dos procedimentos cirúrgicos oferecidos pelo hospital podem ter 2, 3 ou 4 dígitos, sendo que no caso de serem de 2 ou 3 dígitos significa que realizam todos os procedimentos cirúrgicos que constam no respectivo grupo.

A listagem de oferta de procedimentos cirúrgicos não só serve para transferir utentes para o hospital, como também para validar as propostas cirúrgicas realizadas no hospital, não podendo existir propostas com procedimentos cirúrgicos que não fazem parte da oferta do hospital.

Para a selecção do hospital destino, é igualmente fundamental o conhecimento da capacidade instalada, pelo que a ficha técnica (em anexo) deve estar actualizada na aplicação SIGLIC.

6.2.2.3. Notificação da transferência ao utente

Após efectuar a transferência do utente (via SIGLIC), a UCGIC deverá notificar o utente através de uma das seguintes formas:

- No caso de ser transferido para um **hospital SNS**, o utente recebe uma carta registada com a notificação de transferência onde é referido o hospital de destino;
- No caso de ter sido emitido um **vale-cirurgia**, o utente recebe uma carta registada onde segue o vale-cirurgia, juntamente com uma listagem que contém o directório de hospitais convencionados com capacidade para realizar a sua intervenção cirúrgica. O utente é igualmente informado de que é livre de escolher qualquer uma das entidades convencionadas indicadas, sendo que deverá utilizar o vale-cirurgia dentro do prazo de validade. A não utilização do vale-cirurgia no prazo de validade indicado leva ao cancelamento do registo do utente na LIC (esta consequência consta da carta que é enviada ao utente).

Em ambos os casos, a carta segue acompanhada de um envelope RSF cuja morada de destinatário é a própria UCGIC, a fim de o utente informar o motivo de recusa da transferência do seu processo clínico para outro hospital.

O vale-cirurgia é um documento pré-numerado, pessoal e intransmissível que só pode ser utilizado para a realização da cirurgia proposta, ou equivalente. Ao receber o vale-cirurgia, a contagem do tempo de espera para a realização de cirurgia fica suspensa, deixando de o estar assim que o vale-cirurgia seja

cativado no hospital convencionado escolhido pelo utente. O vale-cirurgia é válido pelo período correspondente a 25% do TME, estando o prazo de validade indicado no respectivo documento.

6.2.3. Transferência para o hospital de destino

A UCGIC considera que a transferência foi aceite pelo utente quando o utente não se pronunciou sobre a transferência (consentimento tácito). Neste caso, a UCGIC deverá informar a UHGIC do hospital de destino dos dados pessoais e clínicos constantes do processo do utente a transferir e, simultaneamente, dar instruções à UHGIC do hospital de origem para proceder ao envio do processo do utente para o hospital de destino.

No caso da emissão de vale-cirurgia, a UCGIC terá de aguardar que o utente cative o respectivo vale num hospital convencionado à sua escolha para monitorizar o envio do respectivo processo clínico.

O utente pode recusar a transferência do seu processo para outra unidade hospitalar, através de documento escrito a enviar para a UCGIC no prazo de dez dias úteis a contar da notificação da transferência. A oponibilidade pode ser comunicada através de qualquer meio escrito: carta, telefax ou correio electrónico.

6.2.3.1. Reinscrição do utente no hospital de origem

No caso de o utente recusar a transferência do seu processo para outra unidade hospitalar, a sua inscrição mantém-se na LIC do hospital de origem. No entanto, é reinscrito na LIC à data em que comunicou à UCGIC a recusa da transferência, perdendo a antiguidade da sua inscrição. A reinscrição do utente é efectuada automaticamente no sistema de informação quando a UCGIC regista a recusa do utente no SIGLIC.

6.2.3.2. Cativação da proposta de transferência

A figura seguinte representa o circuito do processo de cativação da proposta de transferência na rede SNS:

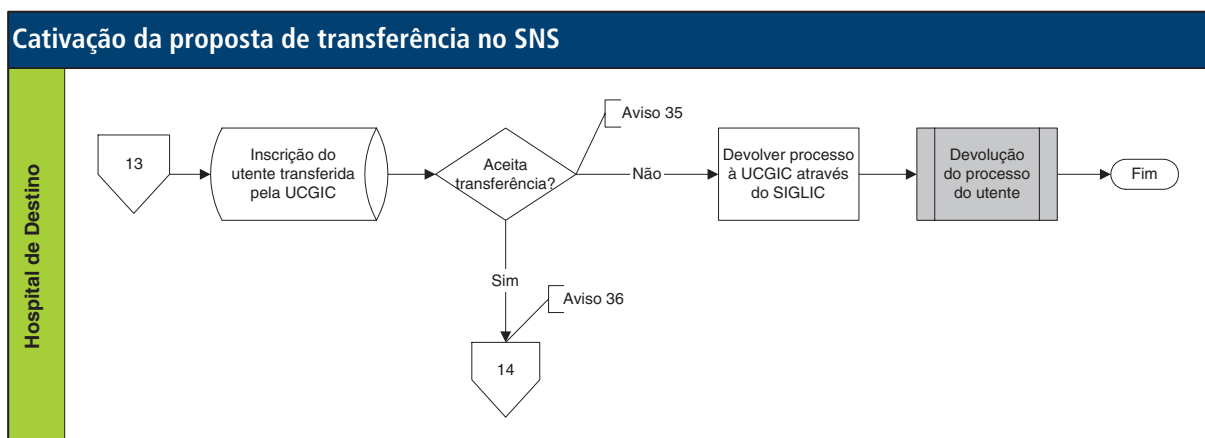


Figura 27 - Cativação da proposta de transferência no SNS

No caso de o utente aceitar a transferência do seu processo clínico para outro hospital da rede SNS, a UCGIC deverá registar o respectivo consentimento no SIGLIC que, automaticamente, introduzirá a inscrição do utente no sistema de informação do hospital de destino, no estado **transferido**. Ao visualizar o registo, o hospital de destino deverá cativar ou não a proposta de transferência. Caso aceite a transferência, o hospital de destino compromete-se a agendar o utente para os restantes 25% do TME.

No entanto, também poderá não aceitar a transferência nos casos em que detecte alguma desconformidade no processo, inibitória da realização da cirurgia, ou caso não possua objectivamente condições para tratar o utente com segurança. Todas as situações de não aceitação serão auditadas pela URGIC ou pela UCGIC.

Caso não aceite a transferência do utente, o hospital de destino deverá devolver o processo do utente à UCGIC, sendo emitido um aviso à URGIC e UCGIC através do SIGLIC.

No caso de ser emitido um vale-cirurgia ao utente, o processo de cativação da proposta de transferência é representado da seguinte forma:

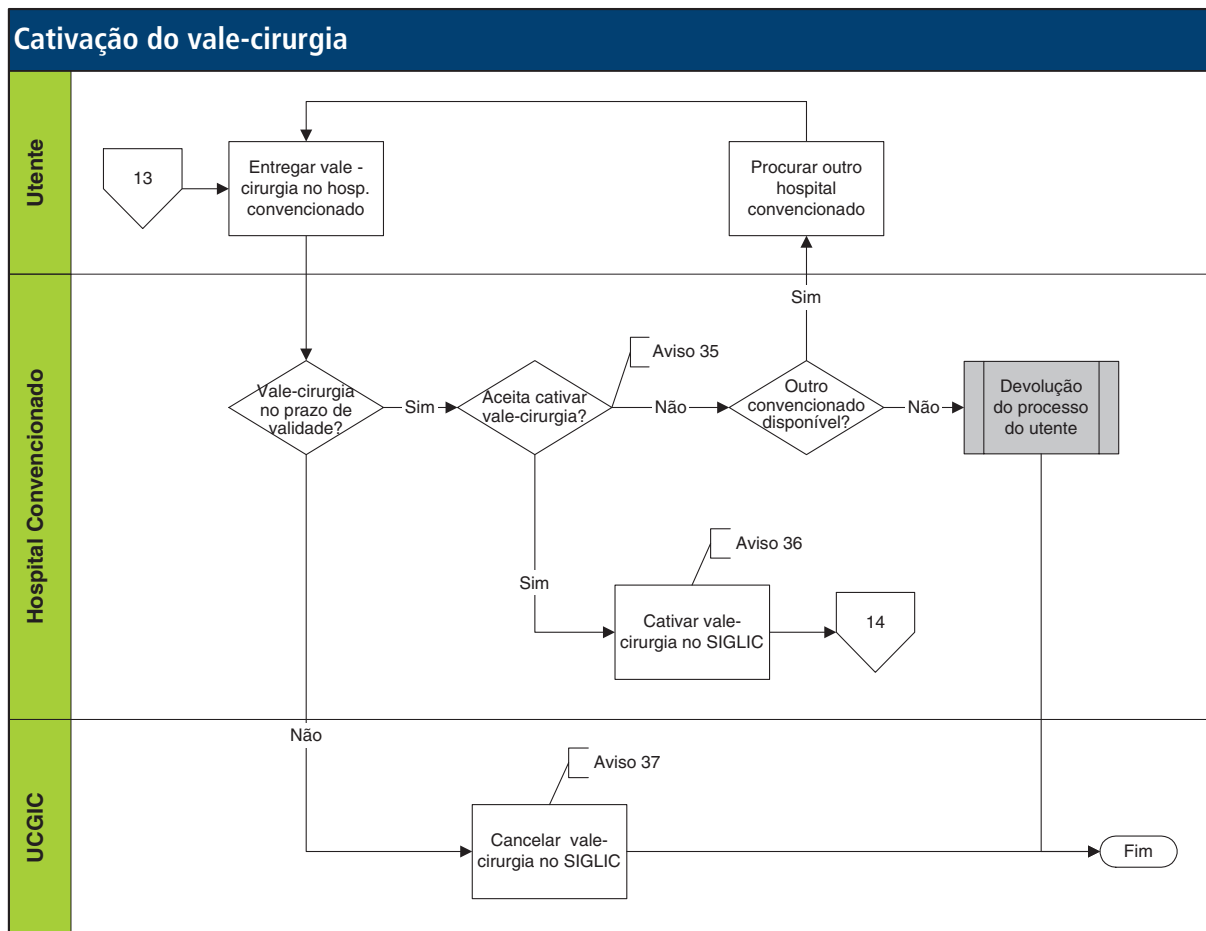


Figura 28 - Cativação do vale-cirurgia

O utente deverá seleccionar um hospital privado ou social que conste no directório de hospitais convencionados, que foi enviado juntamente com o vale-cirurgia, e dirigir-se à respectiva morada para proceder à sua cativação.

O hospital privado deverá verificar se o vale-cirurgia se encontra dentro do prazo de validade. Em caso afirmativo e caso aceite o utente, o hospital privado deverá cativar o vale-cirurgia através do SIGLIC. Se não aceitar a cativação do vale-cirurgia, o utente deverá seleccionar outro hospital privado referido na listagem de entidades convencionadas que recebeu juntamente com o vale-cirurgia.

O hospital de destino só poderá não aceitar a cativação do vale-cirurgia caso identifique uma desconformidade no processo, inibitória da realização da cirurgia, ou caso não possua, objectivamente, condições para tratar o utente com segurança. Todas as situações de não aceitação serão auditadas pela URGIC ou pela UCGIC. Se não houver outro hospital convencionado disponível no directório do vale-cirurgia, o processo do utente deverá ser devolvido à UCGIC.

Caso o vale-cirurgia não seja utilizado dentro do prazo de validade, a UCGIC procederá ao cancelamento do respectivo documento no SIGLIC, sendo a inscrição do utente cancelada na LIC do hospital de origem. No entanto, o utente pode apresentar motivo plausível para não ter utilizado atempadamente o vale-cirurgia, sendo o mesmo validado pela URGIC ou UCGIC.



Para evitar deslocações dos utentes, o hospital deve poder cativar os vales-cirurgia que lhes sejam remetidos por correio, informando nesse sentido os utentes que os contactem por telefone. Neste contacto telefónico, poderão solicitar o código do vale-cirurgia e, desta forma, saber se o documento é válido.

Para evitar a devolução de vales-cirurgia caso o hospital esteja temporariamente incapacitado de receber utentes, nestes casos não deve cativar os vales-cirurgia.

Para evitar a não cativação por incapacidade temporária, os hospitais de destino deverão contactar a UCGIC para que, nestes casos, não sejam incluídos nos directórios fornecidos.

6.2.3.3. Confirmação da proposta cirúrgica

A figura seguinte representa o circuito do processo de confirmação da proposta cirúrgica pelo hospital de destino:

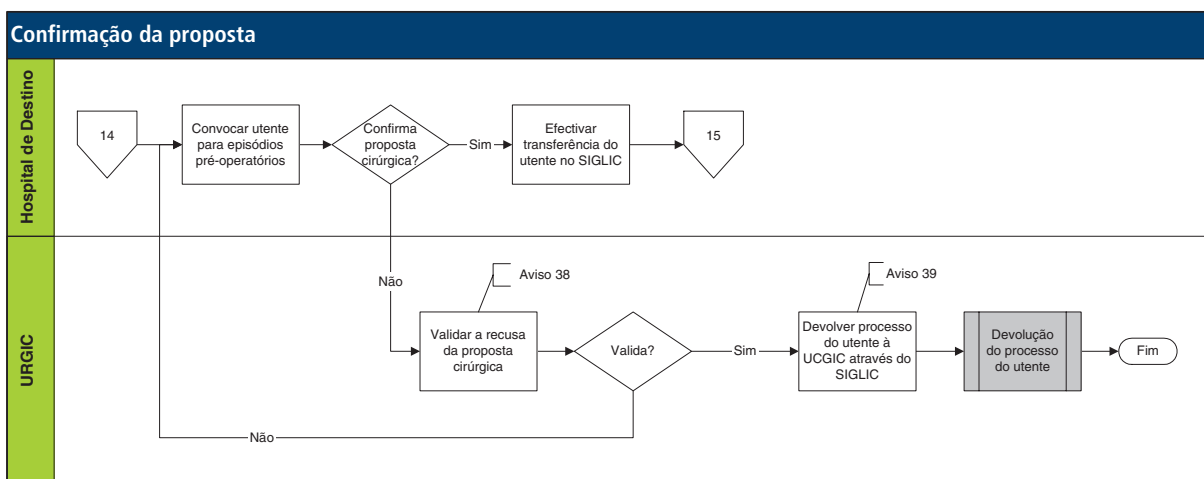


Figura 29 - Confirmação da proposta cirúrgica

Só após a cativação do vale-cirurgia, o hospital de destino tem acesso aos dados da proposta cirúrgica e ao processo clínico enviado pelo hospital de origem. Deverá proceder à avaliação da situação clínica do utente, realizando os exames complementares de diagnóstico, os tratamentos pré-operatórios e as consultas pré-anestésicas necessárias. Caso a proposta cirúrgica do utente seja confirmada, o hospital de destino deverá efectivar a cativação da transferência através do SIGLIC.

Caso o hospital não concorde com a proposta cirúrgica face à situação clínica actual do utente, deverá assinalar a recusa da transferência através do SIGLIC. A URGIC será alertada através do SIGLIC, devendo validar os motivos da recusa do utente.

Verificando-se a desconformidade entre a proposta cirúrgica inicial e o estado de saúde actual do utente, a URGIC deverá devolver o respectivo processo à UCGIC através do SIGLIC. Caso contrário, negociará o retorno do processo ao hospital de destino para agendamento dos episódios pré-operatórios e operatórios. Mantendo-se a oponibilidade por parte do hospital de destino, o processo do utente será devolvido à UCGIC e será registada a desconformidade.

Compete ao hospital de destino, caso entendam necessário, efectuar um conjunto mínimo de exames que caracterizem o utente à data da cirurgia, a saber, análises de rotina (hemograma, tempo protrombina, tempo parcial de tromboplastina activado, ionograma, proteinograma, glicémia, urina II, TGO, TGP, gama glutamil transpeptidase, ureia, creatinina), radiografia convencional ao tórax e eletrocardiograma.

Em última instância, compete ao médico que se proponha efectuar o procedimento cirúrgico proposto, solidarizar-se com a proposta e agir em consciência e conformidade, já que é ele o último responsável pelos resultados dos processos que dirigir.



O hospital de destino só está comprometido a realizar a cirurgia e os exames e tratamentos associados que sejam absolutamente necessários face ao procedimento cirúrgico proposto. Durante o período de internamento no hospital de destino, deverão ser prestados todos os cuidados necessários ao utente. Após a alta hospitalar, o hospital de destino é responsável pela realização dos tratamentos decorrentes da cirurgia realizada, até dois meses após a alta. Os cuidados que se relacionam com o tratamento integrado das patologias que o utente carece (Exemplo: radioterapia, quimioterapia), assim como o acompanhamento das sequelas previsíveis dos procedimentos efectuados (Exemplo: sessões de fisioterapia, tratamento de ostomias, aerosolterapia permanente) são da responsabilidade do hospital de origem.

6.2.3.4. Execução da cirurgia

A figura seguinte representa o circuito do processo de execução da cirurgia pelo hospital de destino:

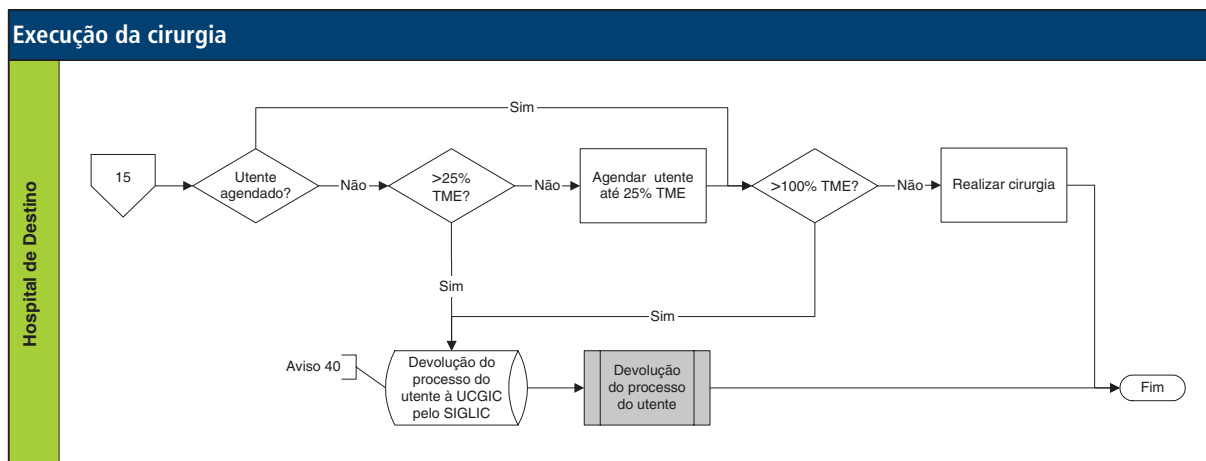


Figura 30 - Execução da cirurgia

O hospital de destino deverá agendar e realizar a intervenção cirúrgica ao utente no período de tempo correspondente a 25% do TME. Caso contrário, é accionado um alarme no SIGLIC avisando o hospital de destino que o processo do utente será devolvido à UCGIC. Este procedimento opera automaticamente. Nestes casos, e decorrido 100% do TME, a UCGIC deverá emitir um vale-cirurgia a favor do utente.

A UHGIC do hospital de destino, em articulação com os respectivos Serviços Cirúrgicos, deverá agendar a intervenção cirúrgica, aplicando para tal os procedimentos previstos neste Manual no que respeita ao agendamento e realização da cirurgia, internamento e conclusão do processo do utente (capítulos 5.3.3 a 5.3.6.).

O protocolo operativo é um documento obrigatório e terá de ser introduzido no SIGLIC antes do registo da alta de internamento. Deverá conter a informação descrita no capítulo 5.3.4.2.

Após a realização da cirurgia e dos procedimentos pós-operatórios, o hospital de destino deverá verificar se todos os registos informáticos estão correctos e emitir dois certificados: um, a nota de alta, destinada ao utente e o outro, o relatório de alta, destinado à UHGIC do hospital de origem. Se a cirurgia não tiver ocorrido, o hospital de destino deverá notificar a URGIC e a UCGIC de tal facto, juntando a respectiva justificação, e certificar-se que todos os registos informáticos foram efectuados.

O hospital de destino é responsável pelo tratamento do utente e pela resolução de intercorrências que surjam durante o internamento hospitalar, pela continuação dos tratamentos associados à cirurgia após a alta do internamento e pela resolução de todas as intercorrências de sua responsabilidade ocorridas durante o internamento, assim como a resolução integral de quaisquer complicações identificadas no período de **dois meses após a alta do internamento**.

Caso o utente necessite de continuar a efectuar tratamentos ou exames no hospital de origem, o hospital de destino deverá devolver o processo do utente juntamente com o relatório de alta logo que possível.

Após o período de dois meses a contar do registo da alta hospitalar, e havendo situações por resolver da responsabilidade do hospital destino, este deverá estabelecer um acordo com o utente para a resolução cabal do problema, sendo o acordo mediado pela UHGIC, URGIC ou UCGIC no caso de ser necessário. Em seguida, o hospital de destino deverá dar como concluído o processo do utente.

Em princípio, o hospital de destino só poderá executar o(s) procedimento(s) constante(s) da proposta cirúrgica. No entanto, se antecipadamente (aquando a análise da proposta) entender que, para benefício do utente, devem existir algumas modificações nos procedimentos propostos, poderá solicitar ao hospital de origem um documento visado pelo responsável pela UHGIC rectificando a proposta.

Se no decurso da intervenção o cirurgião do hospital de destino se deparar com uma situação inesperada que obrigue a modificar um procedimento, ou a acrescentar outro se esta situação for claramente ao encontro dos melhores interesses do utente, partindo do pressuposto de que este concordaria com a alteração do procedimento, o cirurgião não deverá proceder no melhor interesse do utente, sendo depois obrigado a justificar por escrito no sistema informático as razões subjacentes à mudança.

6.2.3.5. Devolução do processo do utente

A figura seguinte representa o circuito de devolução do processo clínico do utente pelo hospital de destino:

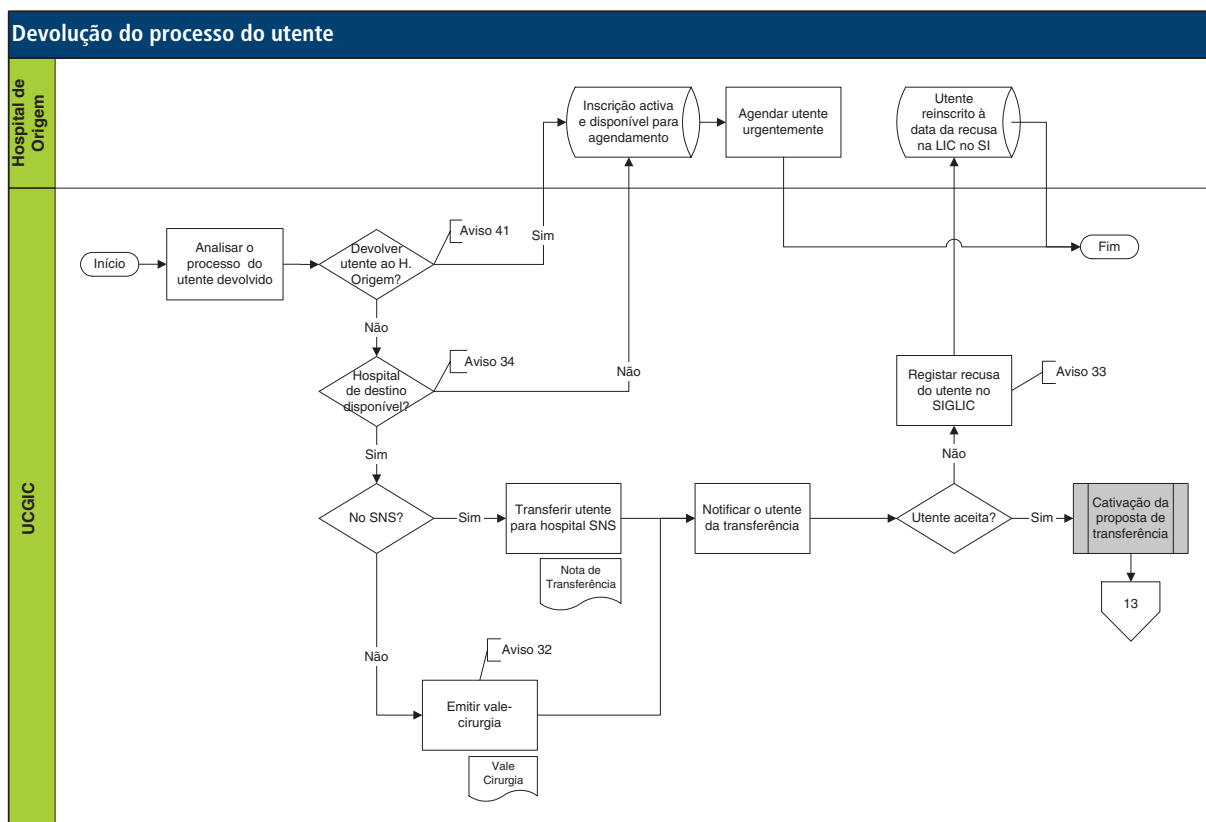


Figura 31 - Devolução do processo do utente

Sempre que ocorra a devolução do processo de transferência de um utente pelo hospital de destino, a UCGIC é responsável por analisar o respectivo processo clínico e decidir se o utente deverá retornar ao hospital de origem ou ser transferido para outro hospital.

No caso do hospital destino ser uma entidade privada, a devolução do utente é mediada pela URGIC que analisará o processo, aceitando ou não a devolução. Havendo persistência por parte do hospital de destino, a URGIC classificará a devolução como conforme ou desconforme e, em seguida, encaminhará a devolução para a UCGIC.

Em caso de retorno ao hospital de origem e mantendo-se a pertinência da proposta, o utente deverá ser agendado com carácter de urgência pelo respectivo hospital.

Caso a UCGIC decida transferir novamente o utente, deverá seleccionar um hospital SNS disponível ou, em falta de disponibilidade na rede SNS, emitir um vale-cirurgia em benefício do utente.

O pedido de devolução pelo hospital de destino de um episódio obriga ao registo no sistema informático da ocorrência, explicitando um dos seguintes motivos:

Nº	Motivo de pedido de devolução do utente	Justificação
1	Operado noutra instituição	*
2	Desistiu	*
3	Óbito	*
4	Faltou sem apresentar motivo plausível	**
5	Faltou mais de 2 vezes com motivo plausível	**
6	Não contactável	**
7	Por duplicação	**
8	Sem condições clínicas	**
9	Sem condições clínicas neste hospital	**
10	Já operado no hospital de origem	*
11	Operado de urgência	*
12	Recusa terceiro agendamento	**
13	Recusa agendamento sem motivo plausível	**
14	Processo com informação insuficiente	**
15	Proposta cirúrgica não adequada à situação clínica actual do utente	**
16	Desacordo com a proposta cirúrgica	**
17	Incapacidade de executar o procedimento face à observação do caso	**
18	Cuidados especiais não disponíveis neste hospital - não explicitados na proposta	**
19	Cuidados especiais não disponíveis neste hospital - explicitados na proposta	***
20	O hospital opta por não executar o procedimento	***
21	Erro administrativo hospital de origem	*
22	Erro administrativo hospital de destino	***
23	Erro administrativo UCGIC	*

* Motivo suficiente para justificar a devolução

** Motivo suficiente para a devolução ser validada pela URGIC

*** Devolução sujeita a penalização

6.2.4. Retorno ao hospital de origem

Após a conclusão do episódio e a emissão do relatório de alta no hospital de destino⁶, o processo do utente deverá ser devolvido ao hospital de origem, completado com toda a informação pessoal e clínica eventualmente recolhida sobre o utente pelo hospital de destino, num prazo máximo de 5 dias.



As intercorrências que ocorram durante o internamento deverão ser resolvidas pelo hospital onde o utente se encontra (por exemplo, o hospital de destino). Quando as intercorrências não forem imputáveis ao hospital de destino, os custos inerentes à sua resolução não ficarão a cargo deste hospital, nomeadamente, os referentes ao transporte. Caso contrário e de acordo com a lei geral, aplicam-se as regras subsidiárias quanto ao dano praticado, sendo a entidade responsável obrigada à garantia da prestação da assistência necessária até à completa resolução do problema.

As complicações são, por definição, da responsabilidade de quem executou os procedimentos, os exames e as terapêuticas associadas. Decorre assim que as custas da resolução destas situações são imputadas ao hospital que realizou os actos médicos. No caso de uma complicação no hospital de destino resulte numa transferência do utente, os custos devem ser suportados pelo hospital de destino. Face ao risco envolvido, os prestadores privados devem garantir um processo de transferência de risco através da contratação de seguros.

Por vezes, para garantir uma sequência terapêutica adequada, é necessário devolver o utente ao hospital de origem antes de finalizarem os 2 meses após alta. Nesta situação, deve ser sempre considerado o interesse do utente em primeiro lugar e proceder em conformidade.

A UHGIC do hospital de origem é responsável pela verificação do processo devolvido e, em particular, do relatório de alta. Se o processo devolvido não estiver conforme, deverá contactar com a UHGIC do hospital de destino para a resolução do problema e, em caso de insucesso, deverá notificar a URGIC.

O hospital de destino deverá ficar com cópia dos elementos do processo necessários ao acompanhamento do utente até à sua completa recuperação e preservá-los por o período indicado na lei em vigor.

⁶ Ver capítulo 5.3.6.1. Relatório de alta.

O utente pode ter de ser devolvido em circunstâncias anómalas com ou sem indicação para cancelamento do episódio, a devolução ao hospital de origem de um episódio obriga ao registo no sistema informático da ocorrência, explicitando um dos seguintes motivos:

Nº	Motivos de devolução do episódio ao hospital de origem	Responsabilidade
1	Operado noutra instituição	Utente
2	Desistiu	Utente
3	Óbito	Utente
4	Faltou sem apresentar motivo plausível	Utente
5	Faltou mais de 2 vezes com motivo plausível	Utente
6	Não contactável	Utente
7	Por duplicação	Utente
8	Sem condições clínicas	Utente
9	Sem condições clínicas no hospital de destino	Hospital
10	Já operado no hospital de origem	Hospital
11	Recusa terceiro agendamento no hospital de destino	Utente
12	Recusa agendamento s/ motivo no hospital de destino	Utente
13	Recusa agendamento s/ motivo no hospital de destino	Hospital
14	Processo com informação insuficiente	Hospital
15	Proposta cirúrgica não adequada à situação clínica actual do utente	Hospital
16	Procedimento não disponível em qualquer outro hospital	Hospital
17	Desacordo do hospital de destino c/ a proposta cirúrgica	Hospital
18	VC devolvido pelos correios - morada incorrecta	Utente
19	VC devolvido pelos correios - não reclamado	Utente
20	Não activação do vale-cirurgia em 3 meses	Utente
21	VC devolvido por não ser aceite em nenhum hospital privado	Hospital
22	Erro administrativo hospital origem	Hospital
23	Erro administrativo hospital destino	Hospital
24	Erro administrativo UCGIC	Hospital
25	A pedido do utente – por motivos pessoais	Utente

VII. ESTADOS E MOVIMENTOS NA LISTA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA

Na Lista de Inscritos para Cirurgia podem ocorrer os seguintes tipos de estados e movimentos:

- Cancelamento do vale-cirurgia;
- Inscrição em estado pendente;
- Suspensão administrativa do processo;
- Saída;
- Perda de antiguidade.

A gestão dos movimentos na LIC deverá ser efectuada pela UHGIC do hospital de origem ou pela URGIC/UCGIC nos casos em que ocorreram transferências do hospital de origem.

7.1. Cancelamento do vale-cirurgia

São várias as circunstâncias que podem determinar o cancelamento de um vale-cirurgia. O cancelamento do vale-cirurgia obriga ao registo no sistema informático da ocorrência, explicitando um dos seguintes motivos:

Nº	Motivos de cancelamento do vale-cirurgia	Responsabilidade
1	Recusa de transferência *	Utente
2	Óbito	Utente
3	Utente pede o cancelamento do episódio	Utente
4	Já operado	Utente
5	VC devolvido pelos correios - morada incorrecta	Utente
6	VC devolvido pelos correios - não reclamado	Utente
7	Não activação do vale-cirurgia em 3 meses	Utente
8	VC devolvido por não aceitação em H. convencionados	Hospital
9	Erro administrativo hospital de origem	Hospital
10	Erro administrativo hospital de destino	Hospital
11	Erro administrativo UCGIC	UCGIC
12	Proposta cirúrgica não adequada à situação actual do utente	Hospital
13	A pedido do utente – motivo pessoal	Utente

* O registo deste motivo é efectuado automaticamente quando se regista uma não aceitação de transferência por parte do utente.

7.2. Colocação da inscrição do utente no estado pendente

A inscrição pode ficar pendente na LIC por motivos pessoais do utente (a pedido do utente) ou por motivos clínicos (a pedido do hospital).

O utente pode requerer por três vezes o estado pendente da sua inscrição na LIC invocando motivos plausíveis, enquanto não for transferido, sendo que o período total de suspensão não poderá ultrapassar o TME.

O utente só pode pedir a suspensão da sua inscrição quando tem o seu processo activo, isto é, a aguardar a cirurgia, e não está agendado. Estando agendado, o utente deverá em primeiro lugar pedir o cancelamento do agendamento e solicitar a alteração do estado da sua inscrição para pendente por motivos plausíveis.



No caso de ser interesse do hospital e do utente a retenção deste no hospital de origem, evitando uma transferência até que estejam reunidas as condições para agendamento, o processo pode ficar pendente a pedido do utente e, assim, satisfazer a vontade do utente em ficar no hospital sem perder a antiguidade na lista.

No caso do pedido ter sido determinado por motivos clínicos, estes devem ser devidamente justificados através da apresentação de documento emitido pelo médico, e comprovativo da situação invocada (Ex: atestado médico). Este documento deverá ser conhecido e validado pelo director de serviço, de modo a garantir que o mesmo implica efectivamente um impedimento à realização da intervenção cirúrgica e um acompanhamento da situação do utente na lista de inscritos. A colocação da inscrição no estado pendente por motivos clínicos poderá ser pedida antes ou após uma transferência.

Enquanto o registo do utente na LIC se encontrar pendente, o utente não pode ser transferido e não pode ser contactado para efeitos de agendamento de cirurgia, de realização de consulta ou exame com vista à sua preparação (episódios pré-operatórios).

Nos casos de registo pendente, a inscrição na LIC permanece válida, mas o período em que o registo se encontra pendente não conta para o cálculo do tempo de espera do utente na LIC. O período de suspensão termina quando houver lugar a uma comunicação do utente ou do médico – se a suspensão tiver sido por ele requerida – para o efeito.

7.3. Suspensão administrativa da inscrição do utente

Nas situações em que se identificam desconformidades administrativas por iniciativa da UHGIC ou por sugestão da UCGIC, o processo deverá ficar suspenso por motivos administrativos para que seja possível rectificar a situação antes que haja uma progressão no estado da inscrição do utente.

Um processo suspenso, seja por motivos plausíveis ou por motivos administrativos, não pode ser alterado ao nível estado no sistema informático. No entanto, ao contrário do caso anterior, o tempo de espera continua a contar na inscrição suspensa por motivos administrativos.

A inscrição pode ser colocada em suspensão administrativa em qualquer ocasião, desde a pré-inscrição com o registo da proposta cirúrgica, até à conclusão do processo dois meses após a alta hospitalar.

A inscrição só pode ser colocada em suspensão administrativa, pela UHGIC ou pela UCGIC, devido a dificuldades que se prendem com a gestão administrativa do processo, ou com a indisponibilidade técnica temporária para proceder a uma acção prevista no processo.

A aplicação SIGLIC (através do interface) não integra um registo desconforme com as normas e envia ao sistema de informação do hospital um aviso para que este registe a suspensão por motivos administrativos. Este processo foi concebido de forma a ajudar o hospital a não acumular desconformidades processuais.



Exemplos de situações em que o hospital deve colocar a inscrição do utente em suspensão administrativa:

- Uma pré-inscrição que aguarda o registo da validação pelo Director do Serviço;
- Uma dificuldade temporária que impossibilita o agendamento de um processo por determinado período (não superior a 10 dias);
- Um erro de codificação que é necessário corrigir, impedindo-se assim o registo de uma desconformidade até ser possível corrigir a situação.

A suspensão administrativa é uma funcionalidade que o hospital tem ao seu dispor para facilitar a resolução de uma dificuldade gerada pela instituição e que impede a progressão na gestão do processo do utente. Assim, em nenhuma circunstância o utente pode ser prejudicado pela utilização desta funcionalidade. Caso seja necessário proceder à realização da cirurgia ou à alta hospitalar, o hospital deverá proceder em conformidade de imediato e corrigir, ainda que à posteriori, a causa que deu origem à suspensão.

O período máximo de suspensão administrativa é de dez dias entre cada estado da inscrição do utente.

7.4. Saída da Lista de Inscritos para Cirurgia

A saída do utente da lista de inscritos pode ser baseada nos seguintes motivos:

1. Realização da cirurgia:

Neste caso, a saída do utente da lista de inscritos é consequência da realização da intervenção cirúrgica que pode ser realizada ou no hospital de origem, no hospital de destino ou noutra unidade hospitalar por iniciativa do utente:

- **No hospital de origem ou no hospital de destino** – Em ambos os casos a data de saída da LIC coincide com a data da intervenção cirúrgica;
- **Noutra unidade hospitalar por iniciativa do utente** – a data de saída da LIC coincide com a data do contacto que informou essa situação, devendo UHGIC, ou a UCGIC no caso desta situação ser diagnosticada durante o processo de transferência, enviar uma comunicação por escrito ao utente a confirmar a sua saída da lista de inscritos.

2. Cancelamento da indicação para cirurgia:

O cancelamento da indicação cirúrgica ocorre quando existam motivos clínicos para o efeito. Neste caso, o médico especialista formaliza essa decisão junto da UHGIC do hospital onde o processo do utente se encontra, através de documento escrito que é arquivado no processo clínico do utente. Neste caso, a data de saída da LIC coincide com a data da recepção do documento na UHGIC do hospital de origem comunicando o cancelamento da cirurgia. De seguida, o hospital deverá convocar o utente no sentido de justificar o cancelamento da sua cirurgia e reorientar a sua terapêutica.

3. Desistência:

Caso em que o utente renuncia de forma voluntária ao procedimento cirúrgico proposto (na sequência da emissão da proposta de cirurgia). O utente deverá comunicar a sua decisão à UHGIC por qualquer meio escrito. A saída da LIC deverá ser registada com a data da comunicação da renúncia.

A desistência à realização da intervenção cirúrgica deverá constar do processo clínico do utente de modo a sistematizar toda a informação disponível quanto àquele episódio.



Tendo em vista a fiabilidade da informação de desistência por parte do utente, recomenda-se o envio de carta registada, informando o utente da sua saída da Lista de Inscritos para Cirurgia e explicitando claramente o motivo. Se for verificada a existência de um lapso e se o registo na LIC tiver sido alterado, o processo deve ser revisto de modo a não prejudicar o utente.

4. Incumprimento das normas do Regulamento do SIGIC:

Estas situações determinam a saída da LIC, por decisão da UHGIC, quando o utente:

- **Recusa, pela terceira vez, uma data para a realização da cirurgia sem apresentar motivo plausível** – situações em que um utente recuse três datas alternativas de agendamento da cirurgia sem apresentar motivo plausível (avaliado pela UHGIC). Neste caso, as datas para a realização da cirurgia devem mediar entre si um intervalo de, pelo menos, cinco dias úteis.



Considerando que a recusa nos termos referidos pode originar a saída da LIC, o utente deverá ter pleno conhecimento das consequências da sua decisão. Para o efeito, o profissional responsável pelo contacto deverá assegurar toda a informação conducente a uma tomada de decisão perfeitamente esclarecida.

- **Falta, por três vezes, aos episódios pré-operatórios, sem justificar a falta com motivo plausível** – Situações em que o utente falte três vezes às consultas e/ou exames pré-operatórios, sem apresentar justificação para o efeito. Esta situação parte do pressuposto que o utente tem o dever de comparecer a todos os episódios associados ao procedimento cirúrgico proposto ou justificar a sua ausência através da apresentação de um motivo plausível para o efeito.
- **Falta à cirurgia, sem justificar a falta com motivo plausível** – Situações em que o utente falte à intervenção cirúrgica, sem apresentar justificação que constitua motivo plausível para o efeito. Esta situação parte do pressuposto que a falta à cirurgia interfere com o direito de outros utentes usufruírem de um recurso escasso e que o utente tem o dever de comparecer à intervenção proposta ou justificar a sua ausência através da apresentação de um motivo plausível para o efeito.
- **Fica incontactável pelos meios de contacto que indicou no momento da inscrição** – O utente deve manter actualizados os dados constantes do seu registo na LIC, informando a UHGIC da alteração de qualquer dos elementos que constam do seu processo, nomeadamente os contactos. Considerar-se-á impossível localizar e/ou contactar o utente após a realização de três conjuntos de tentativas de contacto (sendo que em cada conjunto pelo menos uma das tentativas deverá ser efectuada por carta registada) intervalados por um período mínimo de cinco dias. Todas as tentativas de contacto realizadas deverão ficar registadas (data, hora e pessoa responsável pelo contacto).



Para evitar o cancelamento da inscrição pelos motivos anteriores a UHGIC deve esclarecer os utentes no sentido de usarem a figura do processo pendente para contornarem situações que os poderão conduzir ao cancelamento.

5. Suspensão da inscrição, a pedido do utente, por um período total de tempo superior ao tempo máximo de espera:

Esta situação considera o pedido de suspensão do processo por um período de tempo prolongado (superior ao tempo máximo de espera), seja ele decorrente de um pedido único ou resultado de diferentes períodos cujo somatório desses seja superior ao tempo máximo de espera fixado. Esta medida visa assegurar a realidade e actualidade da LIC, bem como a equidade de tratamento de todos os utentes.

6. Óbito:

Sempre que ocorrer o óbito de um utente inscrito na LIC, a sua inscrição deverá ser cancelada por esse motivo.

7.5. Perda de antiguidade na Lista de Inscritos para Cirurgia

A perda de antiguidade na LIC só poderá ser determinada pela recusa de transferência do utente para outra unidade hospitalar, sempre que no hospital de origem não seja possível, com os recursos disponíveis, garantir a realização da cirurgia dentro do tempo máximo de espera.

Nestes casos, a data de registo do processo do utente na LIC será actualizada para a data em que foi apresentada a recusa, ou seja, haverá lugar a uma actualização da data de inscrição para um momento posterior ao que tinha sido inicialmente definido.



Um utente que perca a antiguidade na LIC deve ser reavaliado clinicamente para que possa ser determinado se o seu grau de prioridade clínica, face ao conjunto de utentes em LIC, se mantém apropriado.

7.6. Procedimento de registo de saída da Lista de Inscritos para Cirurgia

O procedimento de registo da saída da LIC pode ser efectuado de duas formas diferentes, em função do motivo de saída.

Caso a saída da LIC seja motivada pela realização da intervenção cirúrgica ao utente, o registo de saída da LIC é efectuado quando é inserido no sistema informático o episódio operatório com a data de cirurgia, que corresponderá à data de saída da LIC.

Quando a saída da LIC é motivada pelo cancelamento da inscrição do utente (por desistência, cancelamento da indicação cirúrgica ou incumprimento das regras do SIGIC), o registo de saída da LIC é efectuado após o registo da data de cancelamento e do motivo de cancelamento no sistema informático. O cancelamento da inscrição do utente dá origem à emissão automática da Carta de Confirmação de Saída da LIC, onde consta a data de saída e o motivo de saída.

A UHGIC deverá notificar o utente da saída da LIC, através do envio da Carta de Confirmação de Saída da LIC por correio registado.

Após a saída da LIC, sem que tenha ocorrido uma intervenção cirúrgica, uma nova inscrição do utente só poderá ser iniciada após nova consulta de especialidade com o médico assistente.

7.7. Procedimento de registo da perda de antiguidade na Lista de Inscritos para Cirurgia

A perda de antiguidade na LIC ocorre quando o utente recusa ser transferido para outra unidade hospitalar.

A UCGIC, no momento da recepção da recusa de transferência do utente, será responsável pelo procedimento de registo de perda de antiguidade na LIC e que envolve as seguintes actividades:

- 1º Registo do motivo invocado para a recusa da transferência para outra unidade hospitalar no SIGLIC;
- 2º O episódio em curso é cancelado no hospital de origem, sendo automaticamente criado um novo episódio com os mesmos dados do primeiro, mas com o estado de “reinscrito”. A reinscrição será realizada com a data da recepção da recusa de transferência.

VIII. DESCONFORMIDADES E PENALIZAÇÕES NO PROCESSO DE GESTÃO DO UTENTE

No âmbito do processo de gestão do utente serão detectadas desconformidades sempre que ocorrerem situações de incumprimento do regulamento e do Manual do SIGIC.

8.1. Níveis de desconformidades

Por incumprimento do Regulamento ou do Manual do SIGIC, são estabelecidos dois níveis de desconformidades: a Desconformidade – que pode ser considerada simples – e a Desconformidade Grave. São passíveis de desconformidades todos os processos introduzidos de novo na LIC ou que sofram alterações (de conteúdo ou de estado) a partir de 31 de Março de 2005.

As **Desconformidades** são situações de incumprimento do Regulamento ou do Manual do SIGIC que não afectem o utente ou o sistema com gravidade. Destacam-se, entre outras:

- a. Ultrapassagem do tempo de espera máximo nos casos em que se venha a demonstrar ser impossível transferir o utente ou encontrar solução nas entidades privadas;
- b. Tratar um utente após o tempo de espera máximo admissível ajustado à prioridade, de acordo com as normas constantes no capítulo 5.3.3.1.;
- c. Manutenção na LIC de um utente com critérios de exclusão;
- d. Incumprimento das normas de agendamento para o bloco operatório, de acordo com o constante no capítulo 5.3.3.1;
- e. Ausência de notificação do utente nos casos requeridos. Existe no sistema informático um local para registar os contactos com o utente, no caso de não existirem registos presume-se que não existiram contactos ou notificações;
- f. Erros nos dados que instruem o processo (da responsabilidade do hospital);
- g. Registos incompletos ou ausentes referentes a exames, consultas ou actos clínicos, assim como ausência de justificação ou justificação inadequada da prioridade atribuída, do cancelamento ou da colocação em estado pendente e/ou ausência de documentos requeridos, no processo do utente;
- h. Atrasos no registo dos dados, superior a 10 dias sobre o acontecimento a que se refere;
- i. Não entrega à UCGIC ou URGIC de documentação constante do processo SIGIC, quando solicitado, num prazo igual ou inferior a 5 dias úteis.

Notas:

1. No que se refere à alínea a., para hospitais especializados, em que 80% dos seus utentes candidatos a cirurgia não tenham alternativas terapêuticas na região (não existam outros hospitais que disponibilizem os procedimentos visados), não se considera que exista desconformidade;
2. No que se refere à alínea b., se o hospital fizer prova, através de documentação escrita, de ter tentado transferir o utente atempadamente para, pelo menos, três instituições congêneres sem sucesso e não havendo evidência que no serviço a que o utente pertence tenha existido violações das regras de agendamento durante o período em que o utente esteve na LIC, não se deve proceder a penalização por desconformidade;
3. Para efeitos da alínea g., presume-se a situação de desconformidade, se à data do agendamento ou aos 75% do TME, não constem do processo todas as informações, incluindo os MCDT's devidamente actualizados, necessárias à correcta avaliação da proposta e à execução da cirurgia, excluem-se deste grupo as rotinas pré-operatórias a saber, RX tórax, ECG, exames analíticos ao sangue ou urina.

As **Desconformidades Graves** são todas as situações de incumprimento do Regulamento e do Manual do SIGIC que afectem o utente ou o sistema com gravidade, bem como:

- a. Falhas no processamento do sistema que interfiram com gravidade na saúde do utente ou na actividade dos prestadores de cuidados médicos;
- b. Ultrapassagem do tempo máximo de espera, nos casos em que se venha a demonstrar ser impossível transferir o utente ou encontrar nas entidades privadas solução, com evidência de complicação danosa para o utente decorrente desta situação;
- c. Tratamento do utente após o dobro do tempo máximo de espera admissível face à prioridade clínica de acordo com as normas constantes no capítulo 5.3.3.1.;
- d. Exclusão inadequada de um utente da LIC;
- e. Atraso no registo dos dados superior a 30 dias sobre o acontecimento a que se refere;
- f. Não execução dos exames e consultas pré-operatórios até à data da cirurgia, ou quando adequadamente solicitados pelo hospital de destino e quando comprovadamente necessários;
- g. Erros nos dados que induzam a danos aos utentes ou que interfiram com gravidade no regular funcionamento da unidade ou serviço;
- h. Classificação inadequada do nível de prioridade no processo, a classificação de um processo com nível de prioridade diferente de 1, ou a alteração da prioridade atribuída a um utente durante a sua permanência na LIC, obriga ao registo de uma justificação adequada no sistema informático; a inexistência deste registo ou a sua inadequação constitui uma desconformidade;
- i. Não registo atempado, na LIC, de um utente que venha a ser operado em cirurgia programada;
- j. Não entrega de documentos requeridos aquando da transferência ou quando solicitados pela UHGIC de destino, UCGIC ou URGIC;
- k. Não execução dos procedimentos cirúrgicos previstos sem justificação adequada.

Notas:

1. No que se refere à alínea b., para hospitais especializados em que 90% dos seus utentes, candidatos a cirurgia, não tenham alternativas terapêuticas na região (não existam outros hospitais que disponibilizem os procedimentos visados), não se considera que exista desconformidade;
2. No que se refere à alínea c., se o hospital fizer prova, através de documentação escrita, de ter tentado transferir o utente atempadamente para pelo menos cinco instituições congêneres sem sucesso e não havendo evidência que no serviço a que o utente pertence tenha existido violações das regras de agendamento durante o período em que o utente esteve na LIC, não se deve proceder a penalização por desconformidade.

No caso das instituições privadas e sociais abrangidas pelas convenções celebradas com as ARS para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC, são consideradas como desconformidades graves:

- Falhas no processamento do sistema que interfiram com gravidade na saúde do utente ou na actividade dos prestadores de cuidados médicos – destacam-se, neste caso, a não execução dos exames e consultas pré-operatórios quando sejam necessários;
- Erros nos dados que induzam a danos nos utentes ou que interfiram com gravidade no regular funcionamento do SIGIC – os dados a considerar podem ser de natureza administrativa, de codificação, de registo de datas ou outros;
- Não entrega de documentos – os documentos em causa tanto podem ser os requeridos aquando da transferência ou devolução do utente, como os que são solicitados pela UCGIC ou URGIC;
- Execução de procedimentos cirúrgicos não propostos sem justificação válida;
- Recusa de realização de um procedimento cirúrgico que tenha sido disponibilizado pela entidade quando não justificado ou indevidamente justificado.

8.2. Penalizações por desconformidades

Para as situações de incumprimento do Regulamento e do Manual do SIGIC que tenham sido detetadas, foram estabelecidas penalizações de acordo com o seu grau de gravidade.

Assim, sempre que se verificar a prática de uma **desconformidade** será deduzido, às prestações vincendas, 10% do valor correspondente ao preço base de uma unidade de produção da linha de internamento cirúrgico programado ou linha de cirurgias de ambulatório.

Em caso de **desconformidade grave** será deduzido, às prestações vincendas, 50% do valor correspondente ao preço base de uma unidade de produção da linha de internamento cirúrgico programado ou linha de cirurgias de ambulatório.

Um mesmo processo pode ser causa de uma ou mais desconformidades, que darão origem a penalizações cumulativas.

Caso se identifique uma ou mais desconformidades relativas a um processo, ainda que o utente não seja operado e, conseqüentemente, não haja lugar a remuneração, as penalizações decorrentes das desconformidades são deduzida ao montante total a receber.

A URGIC deverá registar e categorizar em cada trimestre as desconformidades, notificando os respectivos hospitais, a UCGIC e o IGIF das mesmas num prazo não superior a 30 dias após o final de cada trimestre.

A totalidade do valor correspondente às penalizações e desconformidades detectadas será deduzida pelo IGIF nas prestações vincendas.

Uma vez identificadas as desconformidades, o hospital pode ou não concordar com a sua identificação e qualificação em simples ou grave, sendo que nestes casos o hospital deverá notificar a URGIC, justificando a sua discordância. Se não for obtido o acordo quanto à identificação ou qualificação da situação, o processo será remetido para o Ministério da Saúde, para a Direcção-Geral de Saúde ou para a Entidade Reguladora da Saúde, consoante a situação concreta.

O hospital deverá reservar 10% do valor devido à equipa cirúrgica, referente à sua produção paga por acto cirúrgico fora do horário normal de funcionamento dos seus elementos, que serão trimestralmente restituídos no todo ou em parte, por determinação do CA, desde que se verifiquem cumulativamente as seguintes condições mínimas:

- a) No trimestre avaliado a Produção Base (PB) não for inferior a 95% da programada;
- b) No trimestre avaliado a Produção Adicional (PA) não for inferior a 95% da programada;
- c) Não tiverem sido identificadas desconformidades, em mais de 5% dos processos;
- d) Não tiverem sido identificadas desconformidades graves.

Para o efeito do constante no parágrafo anterior, se a não obtenção das condições mínimas não for imputável à equipa cirúrgica, e se tal for atestado pelo Director do Serviço Cirúrgico que procedeu à programação, assim como confirmado pelo coordenador da UHGIC, esta situação não será impeditiva da restituição do valor reservado.

No caso das **instituições privadas e sociais** abrangidas pelas convenções celebradas com as ARS para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC, foram determinadas as seguintes penalizações para as desconformidades detectadas com o Regulamento do SIGIC:

- Em caso de **desconformidade** será deduzido 10% do valor total devido pelos cuidados prestados ao utente;
- Em caso de **desconformidade grave** será deduzido 50% do valor total devido pelos cuidados prestados ao utente.

Em caso de recusa não justificada ou indevidamente justificada de realização de um procedimento cirúrgico que tenha sido disponibilizado pela entidade privada ou social, uma vez que consubstancia uma desconformidade grave, a dedução de 50% incidirá sobre o valor correspondente ao que seria devido pelo procedimento recusado, reflectindo-se no montante devido por outras prestações.

8.3. Sistema de monitorização das desconformidades

A monitorização das desconformidades será estabelecida essencialmente por cinco mecanismos:

1. Os sistemas de validação do SIGLIC não permitem a progressão do processo (recepção de informação) quando identificam determinadas desconformidades nos dados colocados no *interface* (como o caso da pretensão de registar informação com mais de dez dias sobre o evento); esta situação obriga à solicitação por parte do hospital do levantamento da restrição para um determinado conjunto de registos, sendo que esta solicitação ficará registada para efeitos de processamento da respectiva penalização;
2. O SIGLIC verifica determinadas normas (normas de agendamento, de tempo de espera, de exclusão da lista de inscritos, etc., e processa automaticamente a respectiva desconformidade);
3. O SIGLIC gera um conjunto de indicadores que identificam comportamentos desviados da norma. Quando este desvio for significativo, serão executadas auditorias aos dados. (como exemplo deste mecanismo refira-se as prioridades atribuídas a processos para determinados grupos de diagnósticos: os serviços com desvios na média superiores a dois desvios padrões da média global serão investigados);
4. Serão periodicamente sorteados serviços para serem sujeitos a auditorias externas; nestes serão comparados os registos dos processos físicos com os das aplicações do hospital com os registos centrais. Serão analisadas caso a caso as justificações registadas nas situações previstas no Manual. Destas auditorias podem resultar registo de desconformidades;
5. Serão auditados os processos sobre os quais incidirem reclamações por parte dos utentes, dos profissionais envolvidos, da UHGIC, da URGIC ou da UCGIC. Destas auditorias podem resultar registo de desconformidades.

IX. GLOSSÁRIO

C

Cirurgia Programada – é aquela que é efectuada no bloco operatório com data de realização previamente marcada e não inclui a pequena cirurgia.

Cirurgia de Ambulatório – é uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais legis artis, em regime de admissão e alta no período máximo de vinte e quatro horas e que é classificável de acordo com a tabela da Ordem dos Médicos num procedimento associado a um valor superior ou igual a 50K.

Complicações – são todas as situações novas de doença ou limitação que surjam de forma não programada na sequência da instituição das terapêuticas e não sejam implicáveis a causas independentes dos procedimentos instituídos.

D

Demora média ajustada pelo Casemix – Demora média global do hospital, de acordo com os registos existentes na base de dados do IGIF, depois de retirado o efeito da casuística tratada (demora média/ICM);

Diagnóstico Pré-Operatório – descreve os problemas ou condições patológicas que originam a indicação cirúrgica.

Diagnóstico Base – sintetiza a informação dos diagnósticos que conduziram ao diagnóstico pré-operatório.

Doente Equivalente – Número total de episódios de internamento que são obtidos após a transformação dos dias de internamento dos episódios excepcionais e dos doentes transferidos de cada GDH, em conjuntos equivalentes ao tempo médio de internamento dos episódios normais do respectivo GDH. Um doente equivalente corresponde a um conjunto de dias de internamento igual à demora média do respectivo GDH, pelo que é possível converter todos os dias que se situam fora dos limiares de excepção em conjuntos equivalentes a estadias de doentes típicos (designados doentes normais).

Assim, um episódio de internamento no GDH i :

- De curta duração corresponde a $\frac{TI}{DMi}$ doentes equivalentes;
- Normal corresponde a 1 doente equivalente;
- De longa duração corresponde a $1 + 0,6 \times \left(\frac{TI - LSi + 1}{DMi} \right)$ doentes equivalentes;

- De evolução prolongada corresponde a $1 + 0,6 \times \left(\frac{L_{Mi} - L_{Si} + 1}{DMi} \right)$ doentes equivalentes.

Legenda:

L_{li} – limiar inferior do GDH i

L_{Si} – limiar superior do GDH i

L_{Mi} – limiar máximo do GDH i

TI – tempo de internamento

DMi – demora média nacional do GDH i

Nos episódios de internamento cujo destino após alta é transferido, o processo de conversão em doentes equivalentes é diferente, consoante sejam GDH médicos ou cirúrgicos:

- GDH médicos - se o tempo de internamento for inferior a 2/3 da demora média do GDH, o episódio de internamento é de curta duração; se o tempo de internamento for igual ou superior a 2/3 da demora média do GDH, o episódio de internamento é considerado normal;
- GDH cirúrgicos - se o tempo de internamento for menor que 2/3 da demora média, o episódio de internamento corresponde a 0,505 doentes equivalentes; se o tempo de internamento for igual ou superior a 2/3 da demora média, o episódio corresponde a 1 doente equivalente.

E

Episódio de cirurgia - o evento que decorre numa sala de Bloco Operatório (BO) onde ocorram um ou mais procedimentos cirúrgicos, simultâneos ou sequenciais, num determinado período de tempo em que o utente permanece anestesiado e presente nas instalações do BO, sob a alçada do cirurgião responsável por estes procedimentos. Com esta definição fica estabelecido que: vários procedimentos durante um mesmo período anestésico desde que efectuados sob a mesma tutela (mesmo cirurgião) sem que o utente tenha abandonado as instalações do BO contam como um episódio de cirurgia. Assim, a situação de um utente que já tendo saído do bloco tenha de retornar para ser reintervencionado, esta cirurgia conta como um novo episódio cirúrgico. Também na situação em que estão envolvidas duas equipas independentes provenientes de serviços diferentes, na sequência de duas propostas distintas, ainda que a execução (cirurgia) se efectue em simultâneo ou sequencialmente num mesmo tempo anestésico devem ser contabilizados dois episódios cirúrgicos em registos separados ainda que em cada um deles se faça referência ao outro. É de notar que esta última situação resulta de linhas de responsabilidade diferentes e assim sendo a linha hierárquica dos cirurgiões responsáveis pelos diversos procedimentos deve ser distinta, o que em geral corresponde a pertencerem a serviços distintos.

A um episódio cirúrgico só pode corresponder um único registo, no registo do episódio poderão constar todos os procedimentos efectuados. Conclui-se pois, que o episódio cirúrgico em que se procede ao tratamento cirúrgico de duas hérnias (bilaterais ou não, para este caso é irrelevante), vai corresponder a um registo onde constam os dois procedimentos (descritivo - por extenso), ainda que a sua codificação possa não traduzir, por ora, a melhor caracterização do evento.

H

Hospital de Origem – é a unidade hospitalar do SNS onde é realizada, pela primeira vez, o registo do utente na lista de inscritos para o tratamento cirúrgico em causa.

Hospital de Destino – é a unidade hospitalar do SNS ou unidade convencionada (privada ou social), distinta do hospital de origem, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada como necessária para o utente aquando do registo na LIC.

I

Intervenção Cirúrgica – traduz um ou mais procedimentos operatórios que são realizados por um ou mais cirurgiões no bloco operatório, na mesma sessão.

Intercorrências – são todas as novas situações passíveis de causar desconforto ou limitações à normal função de órgãos e sistemas do utente não directamente relacionados com a patologia ou procedimentos efectuados, como acidentes, eclosão ou exacerbação de patologias independentes.

Índice de Casemix (ICM Hospi) – Coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos. O ICM determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respectivos GDH e o número total de doentes equivalentes, ou seja:

$$ICM_{Hospi} = \frac{\sum (DoentesEquivalentesGDHi \times PesoRelativoGDHi)}{\sum DoentesEquivalentesGDHi}$$

Índice de Casemix normalizado (ICM Hospin) – O ICM nacional é por definição, igual a 1. A nova produção contratada e o total de custos associado implica o ajustamento dos pesos relativos dos GDH, de forma a garantir que o doente médio nacional tem um coeficiente de ponderação de 1, ou seja:

$$ICM_{Hospin} = \frac{ICMHospi}{\frac{\sum (DoentesEquivalentesHospi \times ICMHospi)}{\sum DoentesEquivalentesNacional}}$$

A variável ICM encontra-se fortemente correlacionada com o custo unitário da consulta.

Quando se transpõe o ICM do internamento para o universo da Consulta Externa é feito novo ajustamento, com a produção contratada para esta área, ou seja:

$$ICM_{Hospin} = \frac{ICMHospi}{\frac{\sum (ConsultasHospi \times ICMHospi)}{\sum ConsultasNacional}}$$

L

Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) – O conjunto de processos dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, a realizar de forma programada e independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, prescrita e validada por médicos especialistas num hospital do SNS, e para a qual esses mesmos utentes já deram o seu consentimento.

A LIC inclui os utentes propostos para intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada e os utentes propostos em urgências diferidas.

Não se incluem na LIC:

- Os utentes propostos para pequenas cirurgias, salvo os casos devidamente justificados em que seja indispensável a anestesia geral ou loco-regional e a utilização do bloco operatório;
- Os utentes propostos para procedimentos cirúrgicos a realizar fora do bloco operatório de cirurgia convencional ou ambulatória;
- Os utentes propostos (mas não programados) para procedimentos cirúrgicos urgentes a realizar no bloco operatório locado à urgência.

M

Modelos – Esta designação refere-se a um conjunto de formulários, disponibilizados em anexo, que tem por objectivo servir de suporte a informação que deve transitar no sistema entre os intervenientes e o sistema informático, quer internamente (no âmbito do hospital), quer para o utente. Estes formulários contêm a informação mínima exigida mas deverão ser adaptados ao hospital de forma a melhor servir os seus desígnios, isto é, desde que contenham os campos que constam no modelo, o hospital poderá acrescentar mais campos aos formulários e organizá-los da forma que mais lhe convier. Os formulários podem ser convertidos a formato digital. Todos os formulários que digam respeito ao SIGIC devem estar identificados com o Logótipo do SIGIC e o do Hospital a que pertencem. Os Hospitais devem enviar à UCGIC as cópias dos formulários produzidos.

N

Nota de Consentimento – é o documento que recolhe o consentimento do utente para o procedimento cirúrgico proposto e para o conjunto de normas do Regulamento do SIGIC que servirão de base para a gestão da proposta cirúrgica.

P

Pequena Cirurgia – é uma intervenção cirúrgica com valor inferior a 50 K, conforme a tabela da Ordem dos Médicos.

Percentagem de cesarianas – Percentagem de cesarianas no total de partos do hospital;

Percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos – Percentagem de episódios de internamento subsequentes a outros episódios classificados em GDH cirúrgicos (GDH do 2º episódio), desde que ocorridos num período de tempo igual ou inferior a 30 dias. Excluem-se os casos em que o segundo episódio de internamento é classificado nos GDH 249, 317, 409, 410, 492, 465 e 466.

Prioridade Clínica – Diz respeito à classificação que o médico, responsável pela proposta cirúrgica faz ao seu Utente quando o propõe ou quando o reavalia. Traduz o tempo máximo entendido adequado, face ao enquadramento nacional para resposta a patologias resolúveis por procedimentos cirúrgicos, para o utente concreto a que se aplica, tendo em consideração uma visão holística onde serão considerados, a par com o conhecimento da doença (principal e associadas), o estado psíquico, o enquadramento familiar, sócio-profissional e a eventual existência de alternativas terapêuticas disponíveis.

Processo do Utente para Transferência – é o conjunto de documentos especialmente preparados com vista à transferência do Utente, com informação relevante e necessária para a correcta apreciação da proposta cirúrgica, e do utente, no hospital destino.

Produção Base – é a produção contratada no início do ano considerando o histórico de produção do hospital e a evolução da sua procura.

Produção Adicional – é a produção contratada no início do ano para fazer face à procura não satisfeita pela produção base, provenha esta directamente dos utentes do hospital ou de outros hospitais. Consiste ainda em toda a produção cirúrgica efectuada por entidades privadas ou sociais em sede das convenções estabelecidas no âmbito do SIGIC.

R

Registo Cancelado – é a anulação do registo de um processo na LIC determinado por motivos supervenientes à inscrição, clínicos ou outros, originados por vontade do utente ou não, que impedem a realização da intervenção cirúrgica proposta.

Registo Pendente – traduz uma alteração temporária do registo de um processo na LIC que, a pedido do utente fundado em motivo plausível, fica suspenso por um período definido de tempo, findo o qual é novamente activado, mantendo-se o interesse do utente em submeter-se a uma intervenção cirúrgica no hospital onde está inscrito. Pode também um registo ficar pendente, a pedido do médico proponente, caso se verifique uma situação clínica que impossibilite temporariamente o utente de ser operado.

Registo Activo – é o registo de um processo na LIC de um utente previamente inscrito, correctamente preenchido e introduzido no sistema informático, acompanhado da proposta de cirurgia, da nota de consentimento e da validação da inscrição, e, que não se encontra suspenso.

Registo Suspenso – traduz o período de tempo em que o utente, por razões técnicas do sistema não pode ser activado, agendado ou convocado para a realização da intervenção cirúrgica. O período de tempo em que o registo se encontra suspenso não interfere no cálculo do tempo de espera do utente na lista de inscritos.

Readmissões – de acordo com as normas do IGIF, são episódios de internamento subsequentes a outros episódios classificados em GDH cirúrgico, desde que ocorridos num período de tempo igual ou inferior a 30 dias (excluídos os episódios do segundo internamento em que este é classificado nos GDH 249, 317, 409, 410, 492, 465, 466).

T

Tempo de Espera – é o número de dias de calendário que medeia entre o momento em que é proposta uma intervenção cirúrgica pelo médico especialista e o momento da observação da lista.

Tempo Médio de Espera – é a mediana do tempo de espera dos utentes com registos activos.

Tempo Máximo de Espera – é o período máximo de dias durante o qual o utente pode aguardar a realização da intervenção cirúrgica, contabilizando-se o tempo em que o utente esteve com a sua inscrição activa. O tempo máximo de espera fixado é de doze meses, sendo que, sempre que as condições técnicas o justificarem, o tempo máximo de espera será revisto pelo Ministério da Saúde.

U

Urgência Diferida – situação em que um utente que se encontra em crise aguda é proposto para uma intervenção cirúrgica, diferida no tempo, com os recursos da cirurgia programada.

X. ANEXOS

10.1. Descrição dos avisos da aplicação SIGLIC no processo de gestão do utente

10.2. Sistema de financiamento, formação de equipas e remuneração, incentivos e penalizações

10.3. Qualidade e segurança nos sistemas de informação

10.4. Regulamento do SIGIC

10.4.1. Adenda ao Regulamento do SIGIC

10.5. Perguntas frequentes para utentes

10.6. Ficha Técnica – Capacidade instalada do hospital

10.7. Formulários

10.7.1. Modelo da Proposta Cirúrgica

10.7.2. Modelo único da Proposta Cirúrgica e Nota de Consentimento

10.7.3. Modelo dos Direitos e Deveres do Utente

10.7.4. Nota explicativa do preenchimento da proposta cirúrgica

10.7.5. Modelo da Nota de Consentimento

10.7.6. Modelo do Certificado de Inscrição

10.7.7. Modelo da Carta de Notificação de Transferência

10.7.8. Modelo da Carta de Saída



10.1. Descrição dos avisos da aplicação SIGLIC no processo de gestão do utente

No âmbito do processo de gestão do utente, existem diversos avisos despoletados pelo sistema SIGLIC, no sentido de alertar os hospitais para as regras inerentes ao SIGIC, quer no regulamento, quer no manual.

De seguida apresenta-se a descrição detalhada de cada aviso, assim como a fase do SIGIC e o nome do processo onde é despoletado. A tabela seguinte contém a legenda do campo “**Observações**” da tabela dos avisos gerados pela aplicação SIGLIC:

DESIGNAÇÃO	OPÇÕES
Base	<ul style="list-style-type: none"> Hospital/Serviço Nº processo Nº episódio (igual a nº lista de espera)
Grupo	<ul style="list-style-type: none"> A – Informativo B – Conformidade com SIGIC C – Indicadores de situação de excepção
Log in	<ul style="list-style-type: none"> H, R, C – Surge quando o log in é realizado no hospital, URGIC, UCGIC N – Não surge quando o log in é realizado <p>Nota: Normalmente o aviso só surge no primeiro log in para cada utilizador, nos casos com “*” surge cada vez que o utilizador realiza o log in até o problema estar resolvido.</p>
A pedido	<ul style="list-style-type: none"> S – Sim N – Não
Entidade	<ul style="list-style-type: none"> H – Hospital R – URGIC C – UCGIC
Acesso	<ul style="list-style-type: none"> N – Normal (todos os utilizadores têm acesso à informação) C – Crítico (só alguns utilizadores terão acesso à informação)
Estatística	<ul style="list-style-type: none"> S – Sim N – Não 1 – Nº médio mensal de casos por serviço/hospital (considerando para a média os últimos 12 meses) 2 – % média mensal de casos por serviço/hospital (considerando para a média os últimos 12 meses) 3 – Nº total de casos activos por serviço/hospital 4 – % do total de casos activos por serviço/hospital (em relação ao total da LIC do respectivo hospital/serviço)

DESIGNAÇÃO	OPÇÕES
Activação	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Sempre que se verifique a condição 2 – 10 dias após ter-se verificado a condição
Desactivação	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Quando o problema deixa de se verificar 2 – Ao fim de 1 ano 3 – Ao fim de 5 anos
Arquivo	<ul style="list-style-type: none"> S – Sim N – Não
Acção	<ul style="list-style-type: none"> S – Sim N – Não

TABELA DE AVISOS DO SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DE INSCRITOS PARA CIRURGIA

Nº	Fase do SIGIC	Nome do processo	Opções	Observações
1	Inscrição	Preenchimento da proposta cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> Desconformidade da proposta ao nível de: <ul style="list-style-type: none"> Códigos ICD9 a não gerar o GDH cirúrgico; Cirurgia com K menor que 50; Não preenchimento de campos obrigatórios. <p>Objectivo: Alertar para os utentes com pré-inscrição pendente por motivos administrativos devido à existência de desconformidades no preenchimento da proposta cirúrgica.</p> <p>Desactivação: Quando a desconformidade administrativa é resolvida e registada no sistema de informação do hospital.</p> <p>Acções a tomar: Resolver as desconformidades administrativas.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; causa da desconformidade.</p>	<p>Grupo: B</p> <p>Log in: H</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S1,2,3,4</p> <p>Activação: 1</p> <p>Desactivação: 1</p> <p>Arquivo: N</p> <p>Acção: S</p>
2	Inscrição	Entrega da nota de consentimento ao utente	<ul style="list-style-type: none"> Utentes pré-inscritos sem data de consentimento e com TE entre 6 e 10 dias <p>Objectivo: Alertar para utentes pré-inscritos com risco de cancelamento da pré-inscrição por não terem entregue a nota de consentimento.</p> <p>Desactivação: Quando a data de consentimento é registada ou quando a pré-inscrição é cancelada.</p> <p>Acções a tomar: Avisar o Director de Serviço; convocar o utente.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; data de inclusão; TE.</p>	<p>Grupo: A</p> <p>Log in: H*</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S3</p> <p>Activação: 1</p> <p>Desactivação: 1</p> <p>Arquivo: N</p> <p>Acção: S</p>

Nº	Fase do SIGIC	Nome do processo	Opções	Observações
3	Inscrição	Entrega da nota de consentimento ao utente	<ul style="list-style-type: none"> Utentes pré-inscritos cancelados por falta de data de consentimento <p>Objectivo: Alertar para utentes cancelados por ausência de registo da data de consentimento do utente.</p> <p>Desactivação: Quando a data de consentimento é registada.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; motivo de cancelamento.</p>	Grupo: C Log in: N A Pedido: S Entidade: H/URGIC/UCGIC Acesso (N/C): N Estatística: S1 Activação: 2 Desactivação: 2 Arquivo: S Acção: N
4	Inscrição	Validação da proposta de cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> Utentes sem data de validação e com TE superior a 5 dias <p>Objectivo: Alertar para utentes pré-inscritos com risco de cancelamento da pré-inscrição por não terem sido validados pelo responsável do Serviço Cirúrgico.</p> <p>Desactivação: Quando a data de validação é registada ou quando a pré-inscrição é cancelada.</p> <p>Acções a tomar: Avisar o Director de Serviço; convocar o utente.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; data de inclusão; TE.</p>	Grupo: A Log in: H* A Pedido: S Entidade: H Acesso (N/C): N Estatística: S3 Activação: 1 Desactivação: 1 Arquivo: N Acção: S
5	Inscrição Agendamento Intervenção Transferência	Suspensão por motivos administrativos	<ul style="list-style-type: none"> Utentes suspensos por motivos administrativos, quer pelo SIGLIC ou pelo próprio hospital <p>Objectivo: Alertar para utentes suspensos por motivos administrativos</p> <p>Desactivação: Quando for levantada a suspensão, após a resolução da desconformidade administrativa.</p> <p>Acções a tomar: Resolver a desconformidade administrativa.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; motivo da suspensão; nº de dias suspenso.</p>	Grupo: B Log in: H A Pedido: S Entidade: H Acesso (N/C): N Estatística: S3,4 Activação: 1 Desactivação: 1 Arquivo: N Acção: S
6	Inscrição	Pedido de suspensão do utente por motivo plausível	<ul style="list-style-type: none"> Utentes cancelados devido ao período de suspensão da inscrição por motivos plausíveis ser superior ao TME (12 meses) <p>Objectivo: Alertar para utentes cancelados por este motivo.</p> <p>Desactivação: Após 1 ano.</p> <p>Acções a tomar: Avisar o Director de Serviço; notificar o utente.</p> <p>Informação disponibilizada: Base.</p>	Grupo: A Log in: H A Pedido: S Entidade: H Acesso (N/C): N Estatística: S3,4 Activação: 2 Desactivação: 2 Arquivo: S Acção: S

Nº	Fase do SIGIC	Nome do processo	Opções	Observações
7	Inscrição	Pedido de suspensão do utente por motivo plausível	<ul style="list-style-type: none"> Utentes inscritos no estado pendente por motivos plausíveis <p>Objectivo: Alertar para utentes no estado pendente por motivos plausíveis.</p> <p>Desactivação: Quando a inscrição deixar de estar pendente.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; tempo de suspensão acumulado.</p>	<p>Grupo: A</p> <p>Log in: N</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H/URGIC/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S3,4</p> <p>Activação: 2</p> <p>Desactivação: 1</p> <p>Arquivo: N</p> <p>Acção: N</p>
8	Inscrição Agendamento	Pedido de cancelamento da inscrição do utente	<ul style="list-style-type: none"> Utentes cancelados e cujo o motivo de cancelamento não teve origem no utente <p>Objectivo: Alertar para utentes cancelados por razões que lhe foram alheias.</p> <p>Desactivação: Após 5 anos.</p> <p>Acções a tomar: Resolver as desconformidades administrativas.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; motivo de cancelamento.</p>	<p>Grupo: A</p> <p>Log in: N</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H/URGIC/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S3,4</p> <p>Activação: 2</p> <p>Desactivação: 3</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: N</p>
9	Inscrição Agendamento	Pedido de cancelamento da inscrição do utente	<ul style="list-style-type: none"> Utentes cancelados e cujo o motivo de cancelamento teve origem no utente <p>Objectivo: Alertar para utentes cancelados por razões que lhe foram imputadas.</p> <p>Desactivação: Após 5 anos.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; motivo de cancelamento.</p>	<p>Grupo: A</p> <p>Log in: N</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H/URGIC/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S3,4</p> <p>Activação: 2</p> <p>Desactivação: 3</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: N</p>
10	Agendamento	Contacto para agendamento	<ul style="list-style-type: none"> Utentes cancelados e cujo o motivo de cancelamento teve origem no utente: <p>- Utentes com os quais não se conseguiu estabelecer um contacto para agendamento da cirurgia, após duas tentativas de contacto</p>	<p>Grupo: A</p> <p>Log in: N</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H/URGIC/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S3,4</p> <p>Activação: 2</p> <p>Desactivação: 2</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: N</p>

Nº	Fase do SIGIC	Nome do processo	Opções	Observações
11	Agendamento	<ul style="list-style-type: none"> - Notificação de agendamento - Comparência aos episódios pré-operatórios - Realização da cirurgia 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes cancelados e cujo o motivo de cancelamento teve origem no utente: <ul style="list-style-type: none"> - Utentes que faltaram 3 vezes aos episódios pré-operatórios ou à cirurgia com apresentação de motivo plausível - Utentes que recusaram 3 vezes a data de agendamento proposta pelo hospital sem motivo plausível 	Grupo: A Log in: N A Pedido: S Entidade: H/URGIC/UCGIC Acesso (N/C): N Estatística: S3,4 Activação: 2 Desactivação: 2 Arquivo: S Acção: N
12	Agendamento	<ul style="list-style-type: none"> - Notificação de agendamento - Realização da cirurgia 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes inscritos que recusaram até duas datas de agendamento propostas sem motivo plausível <p>Objectivo: Alertar para utentes inscritos que já recusaram anteriormente datas de agendamento.</p> <p>Desactivação: Agendamento efectuado ou cancelamento da inscrição.</p> <p>Acções a tomar: Entregar lista informativa ao Director de Serviço.</p> <p>Informação disponibilizada: Base ; nº de agendamentos recusados.</p> 	Grupo: A Log in: H A Pedido: S Entidade: H Acesso (N/C): N Estatística: S1,2 Activação: 1 Desactivação: 1 Arquivo: N Acção: S
13	Agendamento	<ul style="list-style-type: none"> - Comparência aos episódios pré-operatórios - Realização da cirurgia 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes inscritos que faltaram até duas vezes aos episódios pré-operatórios e apresentaram motivo plausível <p>Objectivo: Alertar para utentes inscritos que já faltaram à cirurgia.</p> <p>Desactivação: Novo agendamento ou cancelamento da inscrição.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; nº de faltas.</p> 	Grupo: A Log in: H A Pedido: S Entidade: H Acesso (N/C): N Estatística: S1,2 Activação: 1 Desactivação : 1 Arquivo: N Acção: N
14	Agendamento	<ul style="list-style-type: none"> - Comparência aos episódios pré-operatórios - Realização da cirurgia 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes cancelados e cujo o motivo de cancelamento teve origem no utente: <ul style="list-style-type: none"> - Utentes com os quais não se conseguiu estabelecer um contacto para agendamento da cirurgia, após duas tentativas de contacto 	Grupo: A Log in: N A Pedido: S Entidade : H/URGIC/UCGIC Acesso (N/C): N Estatística: S3,4 Activação: 2 Desactivação: 2 Arquivo: S Acção: N

Nº	Fase do SIGIC	Nome do processo	Opções	Observações
15	Agendamento	Verificação da preparação para cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> Programa operatório que não respeita a ordem de prioridades definida no regulamento e manual do SIGIC (quotas/progressão na LIC) <p>Objectivo: Alertar para agendamentos inconsistentes com a lista proposta.</p> <p>Desactivação: Realização da cirurgia.</p> <p>Ações a tomar: Avisar o Director de Serviço da situação e questionar a possibilidade de alterar a lista.</p> <p>Informação disponibilizada: Base .</p>	<p>Grupo: A</p> <p>Log in: S</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H</p> <p>Acesso (N/C): C</p> <p>Estatística: N</p> <p>Activação: 1</p> <p>Desactivação: 1</p> <p>Arquivo: N</p> <p>Acção: S</p>
16	Agendamento	Verificação da preparação para cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> Agendamento final que não respeitou a ordem de prioridades definida no regulamento e manual do SIGIC (quotas/progressão na LIC) <p>Nota: o processo do utente só é elegível para este aviso no caso de a ordem de agendamento originar um desvio superior a 15 dias de calendário sobre a ordem natural.</p> <p>Objectivo: Alertar para desconformidades originadas por ultrapassagem do tempo de espera definido por prioridade.</p> <p>Desactivação: Após 1 ano.</p> <p>Ações a tomar: URGIC/UCGIC processa penalização ao hospital.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; prioridade inicial e actual.</p>	<p>Grupo: B</p> <p>Log in: N</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H/URGIC/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): C</p> <p>Estatística: S1,2,3,4</p> <p>Activação: 2</p> <p>Desactivação: 2</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: S</p>
17	Intervenção	Realização da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> Utentes agendados com data de agendamento superior ao TME <p>Objectivo: Alertar para os utentes agendados cuja data de agendamento ultrapassa o TME (12 meses).</p> <p>Desactivação: Alteração da data de agendamento ou do estado da inscrição.</p> <p>Ações a tomar: URGIC/UCGIC processa penalização ao hospital.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; TE; data de agendamento.</p>	<p>Grupo: B</p> <p>Log in: H</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H/URGIC/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S</p> <p>Activação: 2</p> <p>Desactivação: 2</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: S</p>
18	Intervenção	Realização da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> Agendamentos cancelados por motivos da responsabilidade do Hospital <p>Objectivo: Alertar para utentes cujo agendamento foi cancelado pelo hospital por não estarem reunidas as condições para realizar a cirurgia.</p> <p>Desactivação: Estado do utente agendado ou cancelado.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; motivo de cancelamento do agendamento.</p>	<p>Grupo: A</p> <p>Log in: N</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H/URGIC/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S3,4</p> <p>Activação: 2</p> <p>Desactivação: 2</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: N</p>

Nº	Fase do SIGIC	Nome do processo	Opções	Observações
19	Intervenção	Realização da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> Utentes agendados cuja cirurgia não foi realizada na data de agendamento <p>Nota: a chave da tabela é Utente * data de agendamento (arquivo).</p> <p>Objectivo: Alertar para utentes que não foram operados na data prevista.</p> <p>Desactivação: Alteração do estado da inscrição do utente.</p> <p>Acção a tomar: Cancelar o agendamento.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; TE; derrapagem de tempo entre data de agendamento e data actual.</p>	<p>Grupo: A</p> <p>Log in: H*</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: : H/URGIC/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S3,4</p> <p>Activação:1</p> <p>Desactivação:1</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: S</p>
20	Intervenção	Registo de intercorrências	<ul style="list-style-type: none"> Utentes com registos de intercorrências <p>Objectivo: Alertar para utentes com registos de intercorrências não resolvidas.</p> <p>Desactivação: Quando a intercorrência for resolvida.</p> <p>Acções a tomar: Se no Hospital de Destino, avisar Hospital de Origem.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; data do registo.</p>	<p>Grupo: A</p> <p>Log in: N</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H/URGIC/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C):C</p> <p>Estatística: S3,4</p> <p>Activação: 1</p> <p>Desactivação:1</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: S</p>
21	Intervenção	Registo de complicações	<ul style="list-style-type: none"> Utentes com registos de complicações <p>Objectivo: Alertar para utentes com registos de complicações não resolvidas.</p> <p>Desactivação: Quando a complicação for resolvida.</p> <p>Acções a tomar: Se no Hospital de Destino, avisar Hospital de Origem.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; data do registo.</p>	<p>Grupo: A</p> <p>Log in: N</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): C</p> <p>Estatística: S3,4</p> <p>Activação: 2</p> <p>Desactivação: 1</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: S</p>
22	Intervenção	Alta do internamento	<ul style="list-style-type: none"> Utentes com data de alta de internamento registada e cuja Nota de Alta não foi gerada devido ao surgimento de desconformidades administrativas à data da alta hospitalar <p>Objectivo: Alertar para utentes para os quais não foram geradas Notas de Alta.</p> <p>Desactivação: Quando for emitida a Nota de Alta.</p> <p>Acções a tomar: Informar Director de Serviço; URGIC/UCGIC processa penalização se o problema não for resolvido.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; data da alta.</p>	<p>Grupo: B</p> <p>Log in: H</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade : H/URGIC/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C):C</p> <p>Estatística: S1,2</p> <p>Activação: 1</p> <p>Desactivação:1</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: S</p>

Nº	Fase do SIGIC	Nome do processo	Opções	Observações
23	Intervenção	Alta do processo	<ul style="list-style-type: none"> Utentes pendentes por motivos administrativos SIGLIC, devido a desconformidades existentes no processo de alta do utente <p>Nota: se hora fim ≤ hora início, então data fim = data cirurgia + 1 dia.</p> <p>Condições necessárias para que não existam desconformidades no processo de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformidade da data de cirurgia (não pode ser anterior à data de agendamento, e tem de ser registada no SI no prazo de 10 dias); - Data; hora de saída > data; hora de entrada no BO; - Diferença entre a data; hora de saída - data; hora de entrada < 24 horas; - ICD9's que não geram GDH's cirúrgicos; - Cirurgias com K<50; - Emissão do relatório de Alta; - Conformidade da data de alta do processo: <ul style="list-style-type: none"> Data de cirurgia < data de alta do processo; Data de alta do processo > data de alta de internamento; - Não existem intercorrências não resolvidas. <p>Objectivo: Alertar para processos suspensos por motivos administrativos, devido a estarem incompletos à data da Alta do processo.</p> <p>Desactivação: Quando o episódio deixa de estar pendente, ou quando a justificação é alterada, ou quando o motivo de episódio pendente é alterado.</p> <p>Ações a tomar: URGIC/UCGIC processa penalização se o problema não for corrigido.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; TE.</p>	<p>Grupo: B</p> <p>Log in: H</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S3,4</p> <p>Activação: 2</p> <p>Desactivação: 1</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: S</p>
24	Transferência	Preparativos para transferência quando TME > 70%	<ul style="list-style-type: none"> Utentes inscritos não transferíveis e não agendados <p>Objectivo: Alertar para utentes não transferíveis para outro hospital e que não estão agendados.</p> <p>Desactivação: Quando o utente estiver agendado ou cancelado.</p> <p>Ações a tomar: UHGIC identifica as razões da não transferência.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; TE.</p>	<p>Grupo: C</p> <p>Log in: H</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S</p> <p>Activação: 1</p> <p>Desactivação: 1</p> <p>Arquivo: N</p> <p>Acção: S</p>

Nº	Fase do SIGIC	Nome do processo	Opções	Observações
25	Transferência	Preparativos para transferência quando TME > 70%	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes inscritos, transferíveis e não agendados com TME ≥ 70% <p>Objectivo: Alertar para utentes próximos da data de transferência.</p> <p>Desactivação: Quando o utente é agendado, transferido ou TME ≥ 75%.</p> <p>Acções a tomar: Avisar o Director de Serviço; rever o processo do utente; analisar se o utente tem as avaliações pré-operatórias necessárias à cirurgia; preparar o processo para agendamento ou para transferência.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; TE; prioridade.</p>	Grupo: A Log in: H A Pedido: S Entidade: H Acesso (N/C): N Estatística: S2 Activação: 1 Desactivação: 1 Arquivo: N Acção: S
26	Transferência	Preparativos para transferência quando TME > 70%	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes transferidos para a UCGIC e cujo processo clínico não está pronto <p>Objectivo: Alertar para utentes com 75% TME<100% não agendados com o processo não pronto</p> <p>Desactivação: quando o processo fica pronto, ou se devolvido ao hospital ou transferido para outro hospital</p> <p>Acções a tomar: UC contacta o Hospital para saber que coloquem o processo pronto, regista a desconformidade para efeitos de penalização</p> <p>Informação disponibilizada: Base ; derrapagem (hoje-75%)</p>	Grupo: B Log in: H,C A Pedido: S Entidade: H/URGIC/UCGIC Acesso (N/C): C Estatística: S3,4 Activação: 1 Desactivação:1 Arquivo: S Acção: S
27	Transferência	Preparativos para transferência quando TME > 70%	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes inscritos, transferíveis e que não foram agendados até aos 75% do TE definido para o agendamento de acordo com a prioridade clínica atribuída <p>Objectivo: Alertar para utentes não agendados e para os quais foi ultrapassado 75% do TE para agendamento definido, que varia em função da prioridade clínica atribuída na proposta cirúrgica.</p> <p>Desactivação: Quando o utente é agendado ou transferido para outro hospital.</p> <p>Acções a tomar: Avisar o Director de Serviço; garantir que o processo está pronto para transferência; promover o agendamento do utente.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; data de inclusão; TE; prioridade clínica da inscrição.</p>	Grupo: A Log in: H A Pedido: S Entidade: H/URGIC/UCGIC Acesso (N/C): N Estatística: S1,2,3,4 Activação: 1 Desactivação:1 Arquivo: N Acção: S

Nº	Fase do SIGIC	Nome do processo	Opções	Observações
28	Transferência	Preparativos para transferência quando TME > 95%	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes agendados, não transferíveis e com TME < 95% <p>Objectivo: Alertar para utentes agendados, não transferíveis e com TME < 95%.</p> <p>Desactivação: Quando utente passa para o estado operado, cancelado ou transferido, ou TME ≥ 95%.</p> <p>Acções a tomar: UCGIC processa penalização ao hospital.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; TE; data de agendamento.</p>	<p>Grupo: A</p> <p>Log in: S</p> <p>A Pedido: H</p> <p>Entidade: H</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: N</p> <p>Activação: 1</p> <p>Desactivação: 1</p> <p>Arquivo: N</p> <p>Acção: N</p>
29	Transferência	Preparativos para transferência quando TME > 95%	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes agendados, não transferíveis e com TME > 95% <p>Objectivo: Alertar para utentes agendados, não transferíveis e com TME > 95%.</p> <p>Desactivação: Quando utente passa para o estado operado ou cancelado.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; TE; data de agendamento.</p>	<p>Grupo: C</p> <p>Log in: H</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: N</p> <p>Activação: 1</p> <p>Desactivação: 1</p> <p>Arquivo: N</p> <p>Acção: N</p>
30	Transferência	Preparativos para transferência quando TME > 95%	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes agendados que não têm o processo clínico pronto e com TME ≥ 100% <p>Objectivo: Alertar para utentes agendados que deveriam ser transferidos.</p> <p>Desactivação: Quando o utente passa para o estado operado, cancelado ou transferido.</p> <p>Acções a tomar: UCGIC processa penalização ao hospital.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; TE; data de agendamento.</p>	<p>Grupo: B</p> <p>Log in: UC</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S3,4</p> <p>Activação: 1</p> <p>Desactivação: 1</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: S</p>
31	Transferência	Transferência para a Unidade Central	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes agendados com TME > 95% <p>Objectivo: Alertar para utentes em risco de ultrapassarem o TME (12 meses).</p> <p>Desactivação: Quando o utente passa para o estado operado ou cancelado.</p> <p>Acções a tomar: UHGIC certifica-se que o utente é operado nos tempos previstos.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; TE; data de agendamento.</p>	<p>Grupo: C</p> <p>Log in: H</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S3,4</p> <p>Activação: 1</p> <p>Desactivação: 1</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: S</p>

Nº	Fase do SIGIC	Nome do processo	Opções	Observações
32	Transferência	. Transferência para a Unidade Central . Devolução do processo do utente	<ul style="list-style-type: none"> Utentes transferidos para a UCGIC e para os quais foi emitido o vale-cirurgia <p>Objectivo: Alertar para utentes para aos quais foi emitido vale-cirurgia que ainda não foi cativado.</p> <p>Desactivação: Quando o vale-cirurgia for cativado ou cancelado.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; data de emissão do vale-cirurgia.</p>	Grupo: A Log in: U/URGIC A Pedido: S Entidade: URGIC/UCGIC Acesso (N/C): N Estatística: S3,4 Activação: 1 Desactivação:1 Arquivo: S Acção: N
33	Transferência	. Transferência para a Unidade Central . Devolução do processo do utente	<ul style="list-style-type: none"> Utentes que não aceitam ser transferidos para outra unidade hospitalar (reinscritos no hospital de origem) <p>Objectivo: Alertar para utentes reinscritos no hospital por terem recusado a sua transferência para outro hospital.</p> <p>Desactivação: Após 1 ano.</p> <p>Ações a tomar: Agendar os utentes reinscritos, tendo em conta que perderam a antiguidade na LIC.</p> <p>Informação disponibilizada: Base.</p>	Grupo: C Log in: N A Pedido: S Entidade: H/URGIC/UCGIC Acesso (N/C): N Estatística: S3,4 Activação: 1 Desactivação:2 Arquivo: S Acção: S
34	Transferência	Preparativos para transferência quando TME > 95%	<ul style="list-style-type: none"> Utentes com TME > 75% e sem capacidade disponível para serem transferidos para outro hospital <p>Objectivo: Alertar para utentes para os quais não há um hospital de destino disponível para realizar a sua transferência.</p> <p>Desactivação: Quando o utente é agendado ou cancelado.</p> <p>Ações a tomar: UCGIC devolve o utente ao Hospital de Origem.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; TE.</p>	Grupo: C Log in: C A Pedido: S Entidade: UCGIC Acesso (N/C): N Estatística: S3,4 Activação: 1 Desactivação: 1 Arquivo: S Acção: S
35	Transferência	Cativação da proposta de transferência	<ul style="list-style-type: none"> Hospital de Destino não aceita a transferência ou não cativa o vale-cirurgia <p>Objectivo: Alertar para utentes não aceites pelo hospital de destino e para os quais é necessário encontrar um novo hospital.</p> <p>Desactivação: Quando o utente é transferido da UCGIC para outro Hospital de Destino ou emite vale-cirurgia.</p> <p>Ações a tomar: URGIC/UCGIC averigua as causas da devolução do utente para proceder às penalizações ao hospital caso se justifique.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; TE desde a emissão do vale-cirurgia; Hospital de Destino.</p>	Grupo: B Log in: A; U A Pedido: S Entidade: URGIC/UCGIC Acesso (N/C): N Estatística: S3,4 Activação: 1 Desactivação:1 Arquivo: S Acção: S

Nº	Fase do SIGIC	Nome do processo	Opções	Observações
36	Transferência	Cativação da proposta de transferência	<ul style="list-style-type: none"> Hospital de Destino aceita a transferência do utente ou cativa vale-cirurgia <p>Objectivo: Alertar para utentes cuja transferência foi aceite pelo hospital de destino ou cujo vale-cirurgia foi cativado pelo hospital de destino.</p> <p>Desactivação: Quando o utente passa para o estado operado ou devolvido.</p> <p>Informação disponibilizada:</p>	<p>Grupo: A</p> <p>Log in: R</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: URGIC/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: N</p> <p>Activação: 1</p> <p>Desactivação: 1</p> <p>Arquivo: N</p> <p>Acção: N</p>
37	Transferência	Cativação da proposta de transferência	<ul style="list-style-type: none"> Utentes devolvidos ao hospital de origem devido o vale-cirurgia estar fora do prazo de validade (sem ter sido cativado) e com indicação para serem cancelados da LIC <p>Objectivo: Alertar para os utentes que receberam o vale-cirurgia e deixaram passar o prazo de validade sem o ter cativado num dos hospitais convencionados.</p> <p>Desactivação: Após 1 ano.</p> <p>Acções a tomar: Cancelar a inscrição do utente.</p> <p>Informação disponibilizada: Base.</p>	<p>Grupo: C</p> <p>Log in: N</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: H/URGIC/UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): N</p> <p>Estatística: S3,4</p> <p>Activação: 1</p> <p>Desactivação: 2</p> <p>Arquivo: S</p> <p>Acção: S</p>
38	Transferência	Confirmação da proposta cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> Pedidos de devolução pelo Hospital de Destino com o motivo de não confirmação da proposta cirúrgica <p>Objectivo: Alertar para utentes cuja proposta não foi confirmada pelo Hospital de Destino e para os quais a URGIC tem de validar pedido de devolução do processo.</p> <p>Desactivação: Quando o processo for transferido da URGIC para outro local, isto é, quando a URGIC aceitar ou não o pedido de devolução.</p> <p>Acções a tomar: URGIC valida os motivos de devolução do utente e toma uma decisão sobre a aceitação ou não da devolução.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; TE desde a cativação do vale-cirurgia; Hospital de Destino.</p>	<p>Grupo: A</p> <p>Log in: R</p> <p>A Pedido: S</p> <p>Entidade: UCGIC</p> <p>Acesso (N/C): C</p> <p>Estatística: S3,4</p> <p>Activação: 1</p> <p>Desactivação: 1</p> <p>Arquivo: N</p> <p>Acção: S</p>

Nº	Fase do SIGIC	Nome do processo	Opções	Observações
39	Transferência	Confirmação da proposta cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> Utentes devolvidos à UCGIC devido a URGIC ter validado a não confirmação da proposta cirúrgica e aceite o pedido de devolução do utente pelo Hospital de Destino <p>Objectivo: Alertar para utentes devolvidos e que necessitam novamente de ser transferidos ou regressarem novamente ao Hospital de Origem.</p> <p>Desactivação: Quando o utente for transferido pela UCGIC para outro Hospital de Destino ou regressar ao Hospital de Origem no caso de incapacidade de transferência.</p> <p>Acções a tomar: UCGIC valida os motivos de devolução do processo e processa as penalizações ao Hospital de Destino caso se justifique.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; TE desde a cativação do vale-cirurgia; Hospital de Destino.</p>	Grupo: B Log in: U A Pedido: S Entidade: UCGIC Acesso (N/C): C Estatística: S3,4 Activação: 1 Desactivação: 1 Arquivo: S Acção: S
40	Transferência	Execução da cirurgia	<ul style="list-style-type: none"> Utentes transferidos devolvidos à UCGIC por não terem sido operados no Hospital de Destino até aos 25% do TME <p>Objectivo: Alertar para utentes que não foram operados até ao TME (12 meses) no Hospital de Destino e para os quais é preciso encontrar uma solução.</p> <p>Desactivação: Quando o utente for transferido da UCGIC para outro Hospital de Destino ou regressar ao Hospital de Origem.</p> <p>Acções a tomar: URGIC/UCGIC averigua os motivos do não tratamento do utente nos restantes 25% do TME e processa as penalizações ao Hospital de Destino.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; derrapagem ao nível do TE; Hospital de Destino.</p>	Grupo: B Log in: H;R;C A Pedido: S Entidade: H/URGIC/UCGIC Acesso (N/C): N Estatística: S3,4 Activação: 2 Desactivação: 1 Arquivo: S Acção: S
41	Transferência	. Transferência para a Unidade Central . Devolução do processo do utente	<ul style="list-style-type: none"> Utentes devolvidos ao Hospital de Origem independentemente do motivo <p>Objectivo: Alertar para utentes devolvidos ao Hospital de Origem.</p> <p>Desactivação: Quando houver alteração do estado do utente.</p> <p>Acções a tomar: Agendar urgentemente o utente ou cancelar a sua inscrição.</p> <p>Informação disponibilizada: Base; data da devolução do utente; motivo da devolução.</p>	Grupo: C Log in: H* A Pedido: S Entidade: UCGIC Acesso (N/C): N Estatística: S3,4 Activação: 1 Desactivação: 1 Arquivo: N Acção: S

Notas relativas à tabela dos avisos do SIGLIC:

- Os avisos do SIGLIC são despoletados e visualizados através da aplicação SIGLIC;
- A listagem emitida pelos avisos da aplicação SIGLIC pode ser filtrada por região, hospital e serviço;
- A listagem emitida pelos avisos pode ser ordenada por hospital ou serviço na data em que o aviso foi despoletado, quer esteja filtrada por região, hospital ou serviço;
- As listagens de arquivo são permanentes e podem ser filtradas e ordenadas da mesma forma que as listagens dos avisos, sendo ainda possível estabelecer um intervalo de tempo ao qual se refere a respectiva listagem.

10.2. Sistema de financiamento, formação de equipas e remuneração, incentivos e penalizações

A realização da produção cirúrgica do âmbito do SIGIC presume um sistema de financiamento ao hospital mas também um novo enquadramento dos formatos de produção, formas de regulação e remuneração.

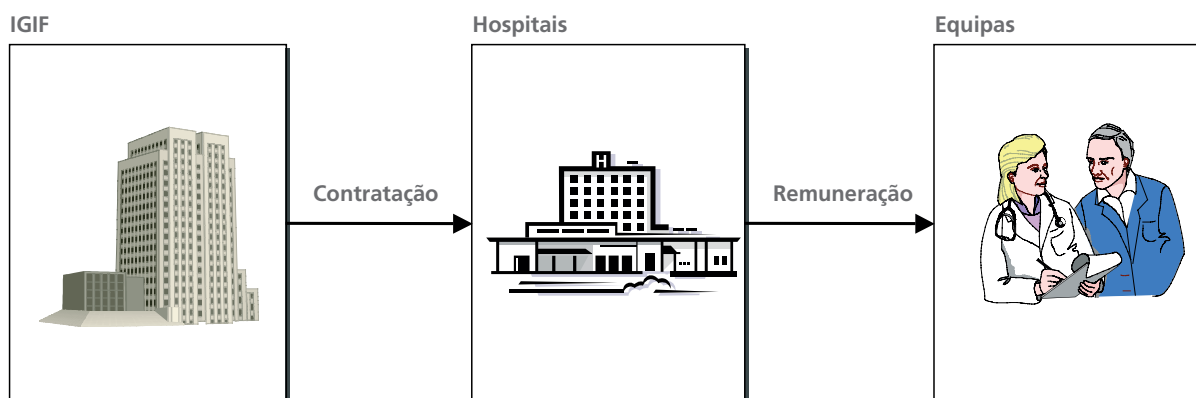


Figura 32 - Circuito do Sistema de Financiamento do SIGIC

Financiamento Hospitalar

Princípios Base

1. Financiamento

- Remunerar a produção em função do nível de complexidade (custos financeiros subjacentes à resolução do episódio);
- A complexidade é medida através do peso relativo do GDH do procedimento;
- A remuneração da produção:
 - Base – deve cobrir os custos médios totais, incluindo os fixos e variáveis e ser ajustada ao grupo de estrutura a que o hospital pertence;
 - Adicional – deve cobrir os custos variáveis/marginais, acrescido de um incentivo, e deve ser igual para todos os hospitais.

2. Contratação com o IGIF no âmbito do SIGIC

- Através da linha de internamento cirurgia programada;
- Através de linha de cirurgia de ambatório.

3. Processamento da Remuneração dos Episódios Cirúrgicos

- É condição necessária ao processamento da remuneração dos episódios cirúrgicos (produção base e adicional) a existência dos seguintes elementos:
 - A inscrição do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia;
 - O registo da realização da cirurgia; e
 - O registo da alta hospitalar de acordo com o estabelecido no Regulamento e no Manual do SIGIC.

4. Restrições

- Não se estabelecem restrições quanto a:
 - Horários de funcionamento, quer para a produção base, quer para a adicional;
 - Procedimentos efectuados;
 - Formas de remuneração dos funcionários;
 - Subcontratação no âmbito dos hospitais públicos.
- Subcontratações de produção com entidades privadas acima de 5% do total da produção cirúrgica só são possíveis com autorização expressa do IGIF.

5. Produção (estipulada no contrato-programa)

- Produção Base:
 - Só em hospitais da rede SNS;
 - Relação estreita com o histórico da produção da instituição e com a capacidade instalada.
- Produção Adicional:
 - Hospitais SNS e convencionados (privados ou sociais);
 - Opcional;
 - Remuneração com base em tabela de preços única para todos os hospitais do SNS ou convencionados;
 - A produção nos hospitais convencionados responde à incapacidade de resposta, face à procura, dos hospitais SNS;
 - Divide-se em dois tipos:
 - Para a procura interna – no sentido de melhorar a oferta do hospital face à procura histórica;
 - Para transferências de outros hospitais – no sentido de otimizar a capacidade instalada da rede SNS.

6. Responsabilidades com Impacto Financeiro

- Responsabilidade do hospital SNS ou convencionado onde é efectuado o tratamento cirúrgico:
 - Custos da intervenção cirúrgica, de todos os procedimentos necessários à sua execução (incluindo consultas e exames de avaliação pré-operatória), os decorrentes da cirurgia até à data da alta hospitalar, os decorrentes dos tratamentos pós-operatórios em ambulatório até 2 meses após a alta hospitalar;
 - Custos decorrentes de complicações que se venham a detectar até 2 meses após a alta hospitalar;
 - Custos decorrentes da necessidade de codificação e de outros processos administrativos associados ao programa SIGIC, conforme consta do Regulamento e do Manual;
 - Custos decorrentes da resolução de desconformidades e das penalizações associadas.
- Responsabilidade do hospital de origem SNS:
 - Custos inerentes ao estabelecimento da proposta operatória;
 - Custos inerentes ao estabelecimento cabal do diagnóstico pré-operatório e das consultas e exames necessários à execução da cirurgia (à data do agendamento ou da transferência), excluindo-se rotinas pré-operatórias;
 - Custos inerentes à gestão do doente em LIC ;
 - Custos relacionados com a gestão da LIC de acordo com as normas do SIGIC;
 - Custos inerentes à transferência do utente e do processo clínico;
 - Custos decorrentes da resolução de desconformidades e das penalizações associadas.

Realização da Produção

Para fazer face à produção contratada com o Ministério da Saúde, os CA dos hospitais podem subcontratar produção cirúrgica programada convencional ou de ambulatório com outros hospitais públicos, para além da produção que decorre da actividade normal dos seus profissionais e que é efectuada no âmbito do seu vínculo jurídico à instituição.

A título experimental e durante o ano de 2005, os CA dos hospitais podem subcontratar até 5% da produção cirúrgica programada, convencional ou de ambulatório, com entidades do sector social ou privado, caso comprovadamente não obtenham resposta junto dos hospitais públicos. Neste âmbito, consideram-se os seguintes aspectos:

- a) Considera-se comprovada a impossibilidade dos hospitais públicos não darem resposta quando consultados 5 hospitais SNS da mesma região e cuja a resposta não seja favorável;
- b) Da intenção de subcontratar esta produção, o IGIF deve ser previamente notificado pelo hospital, anexando os comprovativos da indisponibilidade de outros hospitais públicos para a resolução do problema;

- c) Caso o hospital pretenda ultrapassar a taxa de 5% de produção cirúrgica subcontratada, é necessária a autorização prévia do IGIF e a comprovação, por parte do hospital, da sua incapacidade para realização da produção cirúrgica.

Para fazer face à produção contratada com o Ministério da Saúde, os CA dos hospitais podem ainda contratar com os seus colaboradores, independentemente do vínculo laboral existente, a produção cirúrgica programada convencional ou de ambulatório a ser remunerada em Modalidade Remuneratória Alternativa (MRA), conforme especificado em seguida.

O hospital deve garantir a disponibilidade dos meios físicos e humanos necessários à produção de toda a cirurgia, com segurança e qualidade, independentemente do horário ou da modalidade em que é executada. O hospital deve ainda garantir a qualidade dos serviços prestados em sede de subcontratação.

1. Produção Base

- Produção contratada no início do ano, tendo em conta o histórico de produção do hospital e a evolução da sua procura; visa fixar os objectivos de produção para a rede SNS (quantidade mínima);
- A produção base deve:
 - a) Cobrir os custos médios totais, incluindo custos fixos e custos variáveis;
 - b) Ser ajustada em função da complexidade da produção (i.e., deve ser ponderada pelo *case-mix*);
 - c) Ser ajustada em função da estrutura do hospital (i.e., deve ser ponderada pelo grupo de estrutura a que o hospital pertence);
 - d) Ser paga segundo um índice de *casemix* cirúrgico global (Base + Adicional do ano transacto).

2. Produção Adicional para Procura Interna ou Externa

- Produção contratada no início do ano para fazer face ao saldo inicial da lista de inscritos do próprio hospital, ou para responder à procura transferida de outras unidades hospitalares do SNS. Corresponde a uma segunda tranche de produção, com base em critérios agressivos de rentabilização da capacidade instalada nos blocos operatórios e nos serviços, sendo remunerada pelos custos variáveis e incentivos;
- A produção adicional deve:
 - a. Cobrir os custos variáveis, uma vez que os custos fixos já estão cobertos pela produção base contratada pelo SNS;
 - b. Cobrir os custos dos incentivos à produção adicional;
 - c. Ser ajustada em função da complexidade;
 - d. Ser independente da estrutura do hospital;

- O valor a pagar para a produção adicional nos hospitais públicos e convencionados é baseada na tabela de GDH publicada, ajustada ao doente equivalente e de acordo com o GDH gerado à data da alta hospitalar, sendo que:
 - Nos hospitais privados, a produção adicional é paga pelas ARS (que serão devidamente orçamentadas para tal);
 - Os hospitais públicos recebem mensalmente um adiantamento do orçamento financeiro (hospitais SPA) ou do contrato-programa (hospitais SA) (o adiantamento de 2005, por conta do contrato-programa dos hospitais SA, representa 80% do contrato-programa de 2004). Nos acertos de contas não há correcção ao ICM contratado, apenas se faz o ajustamento no ano seguinte;
 - Nos hospitais públicos a produção adicional é a que for executada após conclusão da produção base.
- A execução da produção adicional contratada com os serviços, após conversão em doentes equivalentes, dá origem a um pagamento às equipas que a executam, de acordo com a tabela de preços publicada através do Despacho nº 24 036/2004, no Diário da República (2ª série) de 22 de Novembro de 2004.

3. Produção Marginal

- Produção não contratada, correspondendo ao diferencial entre o contratado e o efectivamente produzido;
- Decorre dos imponderáveis face ao planeamento da produção cirúrgica.

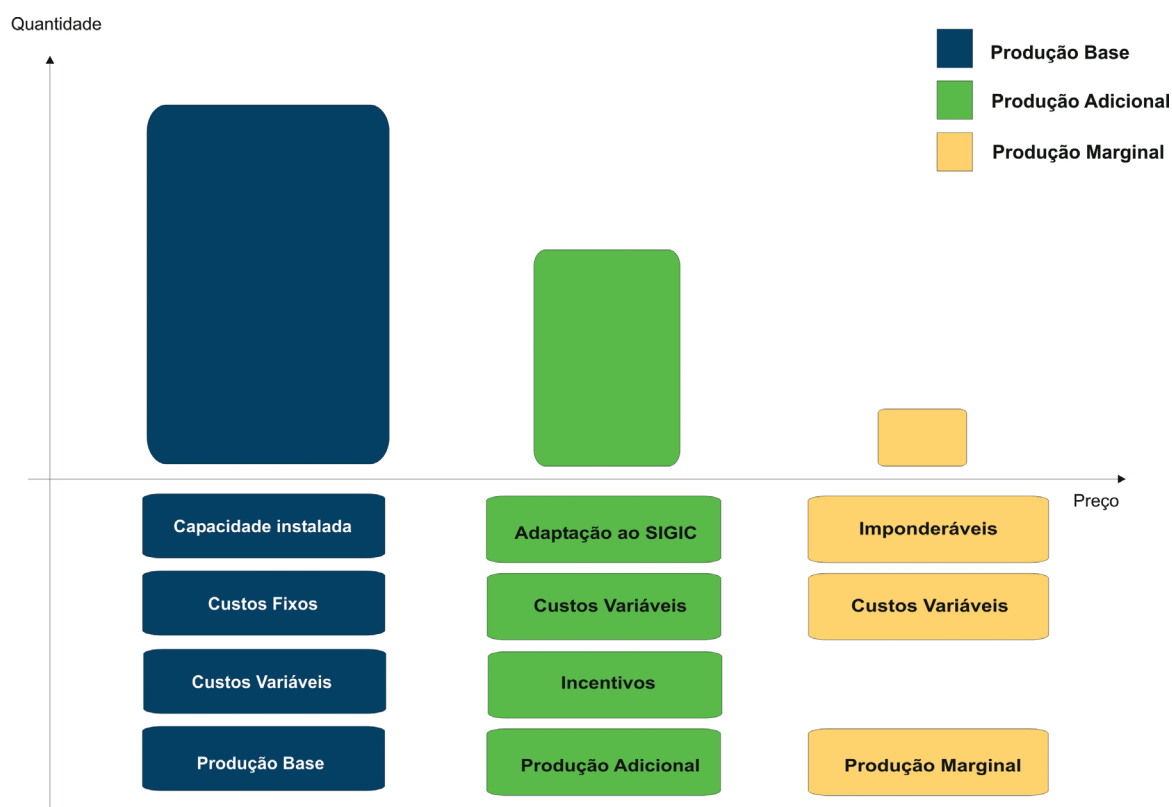


Figura 33 - Modelo de Financiamento

4. Tabela de Preços

A tabela de preços tem por base a lista publicada de GDH e parte de um preço base único, que actualmente é de 1.206 Euros. Este preço base é multiplicado pelo peso relativo, publicado na tabela do GDH, que representa o esforço financeiro do hospital para a resolução do episódio, e em seguida é multiplicado por um factor de equilíbrio de mercado, que inicialmente foi construído por forma a gerar uma tabela semelhante ao PECLEC e que, futuramente, traduzirá um instrumento de ajuste da oferta de prestadores à procura de procedimentos cirúrgicos.

5. Financiamento do Hospital

O hospital é financiado de acordo com várias linhas de produção. No que diz respeito ao SIGIC, deverão ser consideradas as linhas de internamento cirúrgico e as de cirurgia de ambatório, estando ambas divididas em produção base e adicional.

Observada a produção histórica ajustada aos investimentos nas áreas de produção cirúrgica e o nível de utilização dos mesmos, estabelece-se um quantitativo para a produção base. Determinada a capacidade de exploração intensiva dos recursos, estabelece-se um quantitativo para a produção adicional. Para efeitos de financiamento, o hospital só começa a contabilizar a produção adicional após a realização da produção base. Estabelecidas as quantidades e calculado o montante total devido por um ano de actividade, o hospital receberá mensalmente por conta de um duodécimo deste montante, uma verba com a qual deverá ser financiada a totalidade da actividade. No final do ano, em sede de acertos, realizar-se-ão as deduções por incumprimento contratual ou por desconformidades com o processo SIGIC.

As penalizações a deduzir por incumprimentos ou desconformidades são as seguintes:

- Remuneração a 80% do preço fixado, no caso de a produção adicional para procura interna ficar abaixo do contratado;
- Subtracção ao montante total de financiamento de 20% do preço acordado para a produção não tratada atempadamente, ou seja, produção não realizada no tempo previsto, pelo hospital, apesar de ter sido contratada;
- Redução de 10% do valor correspondente ao preço base de uma unidade de produção da linha de internamento, quando se verificar a prática de uma irregularidade, e de 50%, quando se verificar uma irregularidade grave.

Para realização da produção cirúrgica no âmbito do SIGIC, os CA poderão recorrer a equipas constituídas por profissionais contratualmente vinculados à instituição, para além da produção que decorre da actividade normal dos seus profissionais e que é efectuada no âmbito do seu vínculo jurídico à instituição. Estas equipas terão a responsabilidade de realizar actividade cirúrgica no âmbito do SIGIC e serão remuneradas por cada unidade produzida, de acordo com o fixado na tabela de preços constante do Despacho nº24.036/2004, de 22 de Novembro. Poderão ainda, nos termos do contrato, subcontratar produção cirúrgica a outros hospitais.

Os princípios base do sistema de penalizações do SIGIC são os seguintes:

- Não execução atempada da quantidade contratada:
 - Penalizações específicas;

- Planeamento subestimado das capacidades de produção:
 - Pagamento da produção excedentária a valores inferiores;
- Má utilização dos recursos:
 - Custos fixos decorrentes da manutenção de recursos sub utilizados;
- Mau ajustamento à procura:
 - Suporte dos custos de gestão da lista de inscritos para cirurgia (LIC) referentes aos utentes não tratados;
 - Suporte dos custos de transferência;
- Não cumprimento de regras:
 - Penalizações por cada processo irregular detectado;
 - Penalizações por incumprimento de regras não associadas a processos individuais.

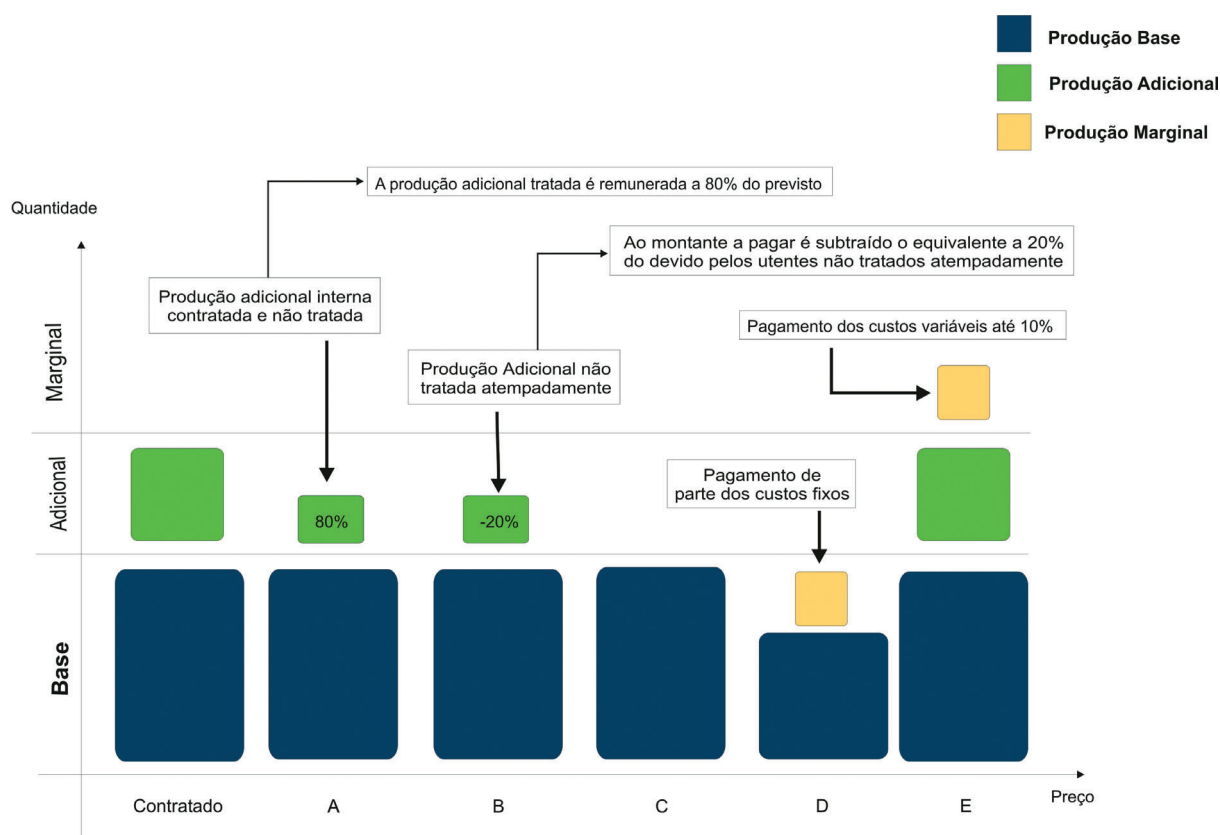


Figura 34 - Desvios da produção realizada face à produção contratada com o IGIF

A figura representada em cima procura traduzir os cenários possíveis face à contratação de uma determinada produção (linha de internamento de episódios cirúrgicos programados e de cirurgia de ambulatorio) com o IGIF.

Na coluna A, a produção adicional executada é inferior à contratada, esta situação constitui uma desconformidade, acarretando uma penalização que consiste no pagamento a 80% do devido pela produção adicional realizada.

Na coluna B, uma parcela da produção adicional é executada fora dos tempos previstos (máximo de 3 meses para utentes transferidos de outros hospitais, mais de 1 ano para utentes do próprio hospital) pelo que sofrerá uma penalização de menos 20% do valor a pagar por cada utente não tratado atempadamente.

Na coluna C, a produção adicional contratada não é executada. Neste caso, não há direito a pagamentos por conta da produção não executada.

Na coluna D, a produção base contratada não é atingida. Neste caso, não há direito a remuneração pela produção adicional. Em relação à produção base contratada e não executada, será entregue por conta o valor correspondente a 80% do valor estimado - pelos serviços financeiros do IGIF - dos custos fixos de produção. Para os sectores de produção que não alcancem um mínimo de 50% da actividade prevista, não será remunerada a actividade contratada e não executada.

Na coluna E, a produção global excede a produção contratada. Neste caso, até 10% acima do total de produção contratada, há direito ao pagamento de um valor correspondente ao valor estimado - pelos serviços financeiros do IGIF - para os custos variáveis de produção.

Formação das Equipas e sua remuneração

Introdução

A presente proposta pretende responder à necessidade de orientar os hospitais SNS, no que diz respeito aos métodos de remuneração dos seus profissionais para a produção cirúrgica no âmbito SIGIC.

A linha de produção para a cirurgia programada esteve, recentemente e por força de programas especiais de recuperação da lista de espera, dividida em dois grupos: um decorria geralmente no período da manhã e início da tarde condicionado pelo horário dos profissionais; outro no período da tarde e fora do horário de trabalho, remunerado, não pelo tempo despendido na execução, mas por cada cirurgia. Esta última modalidade permitiu, em vários estabelecimentos hospitalares, o aumento significativo da produção a custos controlados, tendo a vantagem de ter uma correspondência directa com o modelo de financiamento hospitalar tanto no que diz respeito à quantidade contratada, como ao preço unitário. Permitiu ainda uma gestão flexível face à variação na procura, ou face às variações da produção base.

Outro aspecto interessante é o acréscimo da produtividade em vários sectores do hospital, sendo induzidos a dar uma resposta acrescida, com os mesmos recursos, resultante das necessidades criadas pela actividade adicional no bloco operatório. Esta experiência sustentada durante mais de 5 anos, permite-nos concluir que se trata de um sistema de remuneração que responde adequadamente às necessidades dos hospitais.

O SIGIC vem modificar a abordagem ao problema da produção cirúrgica, uma vez que se trata não de um programa isolado para responder a um excedente de procura, mas de um sistema integrado que gere toda a produção cirúrgica, sendo necessário fazer os ajustes decorrentes desta alteração. A modalidade remuneratória utilizada nos programas referidos, apesar de globalmente satisfatória, revelou algumas insuficiências, a saber: 1) a dificuldade de utilização de todos os tempos disponíveis; 2) o desajuste em alguns valores atribuídos à equipa face à disponibilidade para a execução; 3) a limitação no tipo de procedimentos executados (tabela restritiva); 4) a ausência de instrumentos de regulação e controlo da actividade cirúrgica em produção convencional e em produção em modalidade remuneratória alternativa; e 5) a ausência de incentivos a elementos-chave do processo, nomeadamente os directores de serviço e a equipa de regulação da actividade adicional (UHGIC).

Princípios Base

As directivas relativas à produção hospitalar cirúrgica programada visam orientar as práticas para o cumprimento das normas do SIGIC e otimizar a rentabilidade dos hospitais.

Na execução das directivas, foram tidos em consideração vários princípios base, os quais passamos a detalhar em seguida:

- O modelo de financiamento ao hospital, materializado no contrato-programa, estabelece as contrapartidas financeiras para o hospital face à produção contratada, não determinando directamente a forma como os hospitais deverão realizar essa produção;
- O sistema de remuneração base deve manter-se em função de um horário estabelecido;

- O hospital deve poder recorrer a um sistema de remuneração complementar que lhe permita um melhor ajustamento ao contrato e à variação da oferta, remunerando parte da actividade de acordo com a produção efectuada;
- O hospital garante a disponibilidade dos meios físicos e humanos necessários à produção, com segurança e qualidade, de toda a cirurgia, independentemente do horário ou do regime em que é executada;
- É reconhecido aos serviços a competência de elaborar a lista dos procedimentos que entendem ter capacidade para executar;
- O CA do hospital estabelece as quantidades máximas para cada procedimento em MRA, por forma a ajustar a oferta à procura, de acordo com as prioridades clínicas estabelecidas e tendo em conta as quantidades globais contratadas (as quantidades contratadas em produção adicional não têm de igualar as produzidas em MRA);

Fundamentação

Tendo em conta as especificidades de cada hospital e situações circunstanciais, o modelo de financiamento procura ajustar a remuneração à produção hospitalar, através da afectação de um factor dependente do grupo de estrutura e de valores de convergência. O sistema de remuneração base deve garantir um quadro de recursos humanos estável, cuja actividade garanta uma presença durante períodos determinados e permita ser canalizada para a realização de actividades difíceis de traduzir em unidades de produção.

O modelo de remuneração utilizado nos programas PPA e PECLEC foi o único que, de forma sustentada e replicável, conseguiu aumentar significativamente a produção cirúrgica hospitalar (chegando a 30% em alguns hospitais), sem aumento proporcional de custos.

A decisão entre as várias opções de remuneração da equipa deve ter por base:

- A melhor resposta ao objectivo do SIGIC (diminuir o tempo de espera para cirurgia);
- Não causar encargos insustentáveis ao SNS;
- Estar contemplado no financiamento geral do hospital;
- A adesão do máximo dos funcionários, em especial dos que podem ser promotores;
- A facilidade de execução;
- A facilidade de demonstração.

Sistema de Remuneração

O sistema de remuneração das equipas cirúrgicas encontra-se representado na figura seguinte:

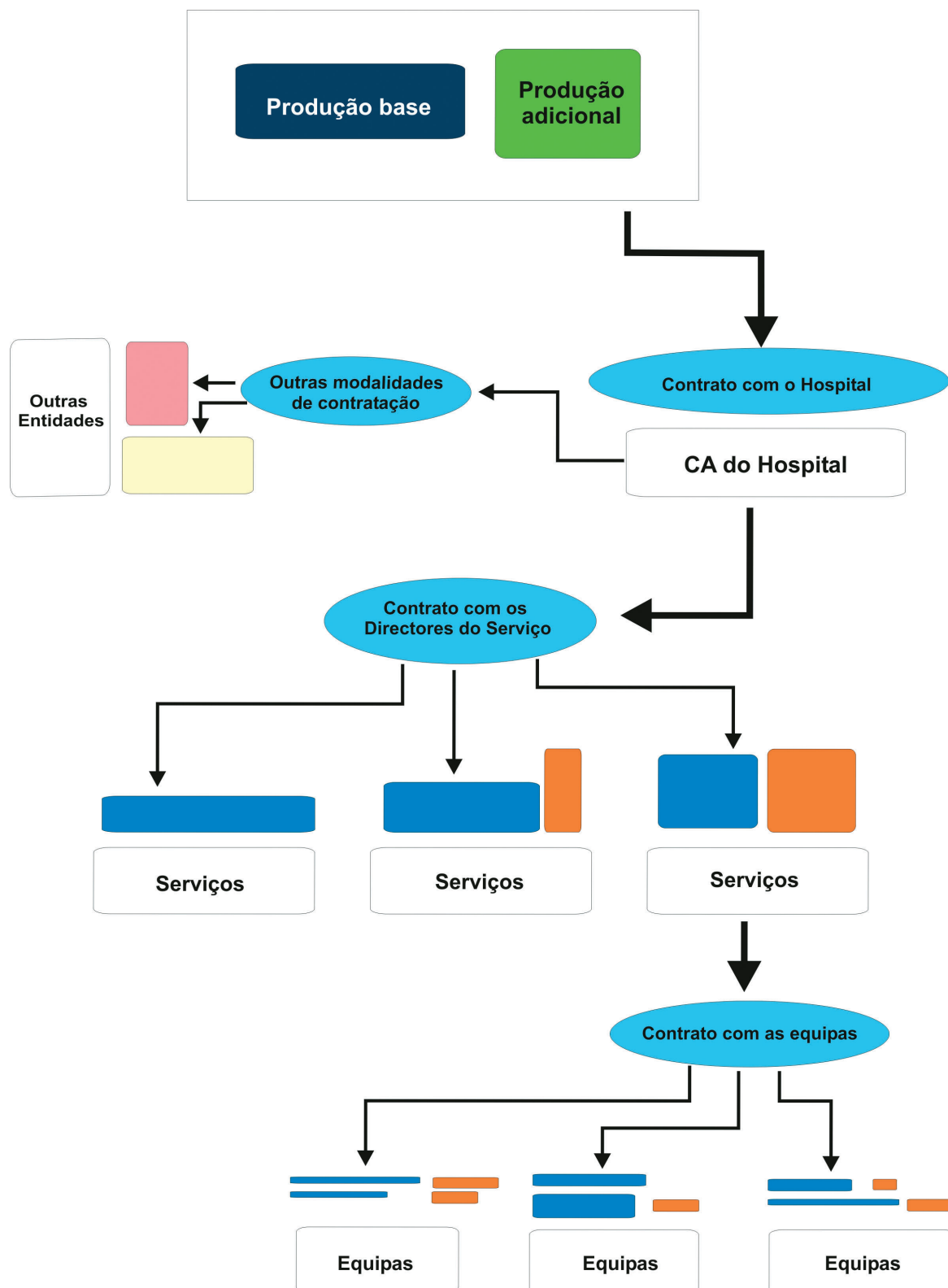


Figura 35 - Sistema de Remuneração das equipas cirúrgicas

Ao assinar o contrato programa, o hospital compromete-se perante a entidade pagadora a executar uma determinada produção que é orçamentada conforme a classificação em Base (PB) ou Adicional (PA).

O hospital pode estabelecer as estratégias que melhor entender no que respeita à execução da produção, face ao contrato programa que assinou. Assim, terá de ter em conta a negociação com os directores dos vários serviços cirúrgicos que, por sua vez, terão que avaliar as respectivas capacidades de produção, no âmbito dos recursos humanos que dispõem, enquadrados com as limitações externas a que estão cingidos. Nesta avaliação, terão em conta a actividade decorrente das obrigações contratuais que vinculam os seus colaboradores à instituição e a disponibilidade dos mesmos colaboradores para actividade acrescida, remunerada por acto médico, de acordo com a tabela de preços publicada.

Serão elegíveis para a constituição das equipas, todos os profissionais que detenham um vínculo jurídico com a instituição, nomeadamente os funcionários públicos, contratados e prestadores de serviços.

No que diz respeito à remuneração do pessoal afecto à produção cirúrgica, são convencionadas duas modalidades:

- 1) Modalidade Remuneratória Convencional (MRC) e;
- 2) Modalidade Remuneratória Alternativa (MRA).

Após reunir com os directores de serviço, CA do hospital deverá estipular uma quantidade de produção cirúrgica base (PB) para ser executada em MRC e uma quantidade de produção cirúrgica adicional (PA) para ser produzida em MRA, para cada um dos serviços cirúrgicos. Estas quantidades podem variar ao longo do tempo para cada procedimento, de acordo com as necessidades estratégicas, no sentido de melhor garantir o cumprimento do contrato programa e a adequação às normas do SIGIC, já que o método permite um conhecimento preciso da procura (estado da LIC) e da oferta (cirurgias executadas). A adesão por parte dos funcionários ao MRA é livre, sendo que, caso adiram, terão de cumprir as regras associadas à produção PB e PA.

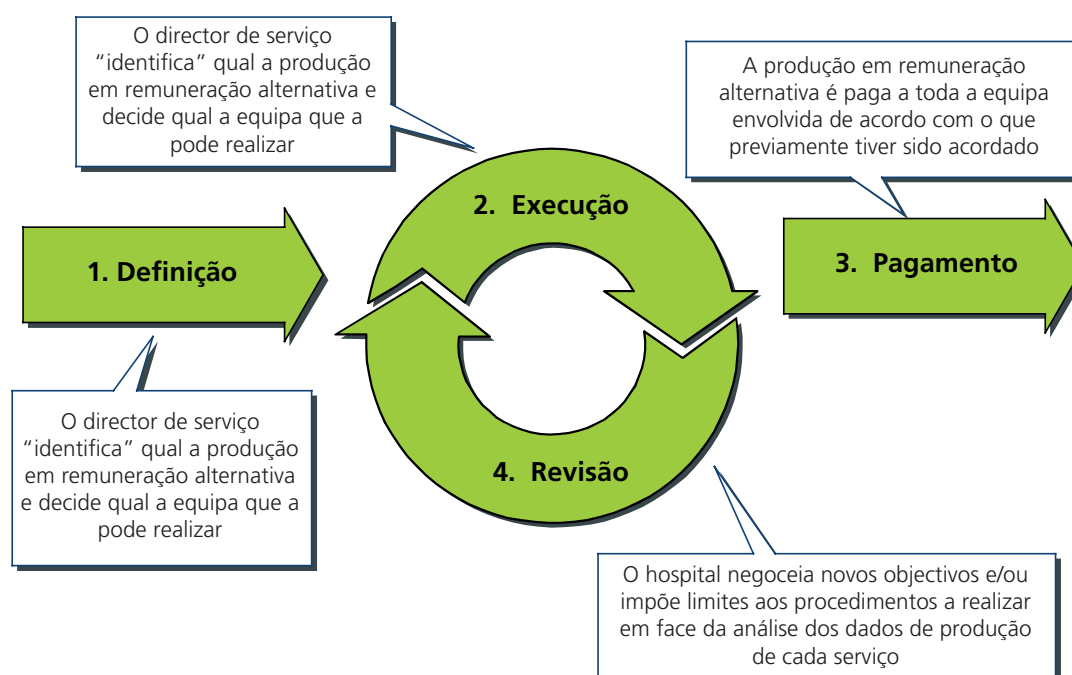


Figura 36 - Circuito do Sistema de Remuneração

A produção cirúrgica contratada deve ser desagregada por serviços, ajustada por quantidades de acordo com o CA do hospital, devendo os serviços enunciar o conjunto de procedimentos que podem executar e programar a actividade diária do bloco, em conformidade com o contrato e com as necessidades decorrentes da LIC.

Existem vários factores que podem determinar dificuldades no escoamento de certas patologias. Torna-se, assim, conveniente dotar os hospitais de mecanismos de orientação da produção. Deste modo, o valor atribuído a cada grupo de procedimentos é ajustado pelo CA, fazendo variar o factor de ajustamento hospitalar (FAH), após ouvir o director de cada serviço cirúrgico, o director do bloco operatório e o director do departamento de cirurgia, caso existam. A remuneração às equipas tem por base 35%, 55% ou 45% do valor da tabela do GDH - conforme se trate de cirurgias com próteses, cirurgia ambulatoria ou as restantes - referente ao procedimento executado, multiplicado pelo FAH. O hospital pode fazer variar a percentagem estipulada para a equipa em, aproximadamente, 10% em torno da percentagem publicada, para a cada procedimento (ou alternativamente, para cada GDH).

A optimização do funcionamento dos serviços passa pela existência de horários de funcionamento alargados e desfasados. Nestes casos, os períodos de funcionamento do serviço não coincidem com os de cada profissional, pelo que, para podermos utilizar o período livre dos funcionários para a produção adicional, será necessário permitir a existência em simultâneo de actividades remuneradas em MRC e MRA, prestadas por equipas distintas.

O tempo de execução da actividade cirúrgica não é passível de ser programada com grande rigor, sendo frequentes imprecisões de 20% a 30% num período de 8 horas de execução diária. A rentabilização dos recursos exige que esta actividade possa ser executada de acordo com um horário flexível. Assim, para os profissionais que aderirem à MRA, toda a programação diária será estabelecida pelo director do serviço, quer para a PB, quer para a PA, explicitando, para cada cirurgia marcada, a modalidade de remuneração. Este propósito tem por base a necessidade do director em adequar a produção do seu serviço ao contratado com o CA e a necessidade de regular e controlar a actividade dos profissionais do seu serviço. Por conseguinte, entende-se que os colaboradores logo que libertados das funções agendadas para o dia, que devem estar de acordo com as quantidades necessárias para atingir a PB, poderão iniciar as cirurgias marcadas e classificadas como PA.

A **flexibilidade horária**, prevista no Decreto - Lei N° 259/98 de 18 de Agosto, não isenta os profissionais da prestação da totalidade da sua carga horária. O director de serviço é o primeiro responsável pela gestão dos horários dos seus colaboradores, tendo prioritariamente em vista o interesse dos utentes, da instituição e a preservação do bem público.

A figura seguinte ilustra o papel regulador do director de serviço no acto de agendamento:

Modalidades possíveis para a produção efectiva por parte do serviço A

Exemplos de como o director do serviço pode decompor a produção pelas equipas, mantendo a preocupação em ajustar a produção às quantidades contratadas

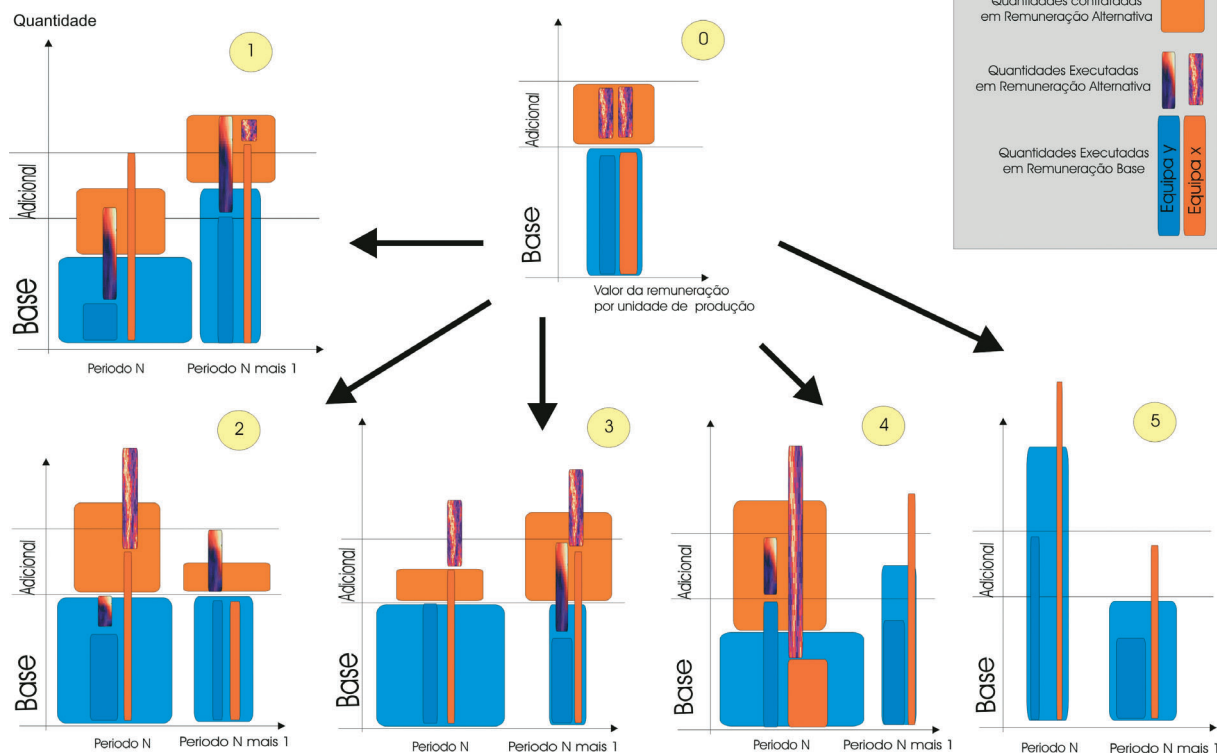


Figura 37 - Papel regulador do Director de Serviço no agendamento

Na figura 37, face às quantidades contratadas entre o CA e directores de serviço, (representadas no gráfico zero), são apresentados alguns cenários possíveis todos eles conformes:

- Gráfico 1 – A produção base no período N ficou abaixo do previsto, essencialmente devido à baixa produção da equipa Y, mas no período seguinte esta produção foi compensada no âmbito da actividade convencional;
- Gráfico 2 – No período N a produção adicional excedeu o previsto, essencialmente à custa da equipa X, logo houve lugar no período seguinte a uma redução da actividade adicional por parte da mesma equipa;
- Gráfico 3 – No período N a produção adicional não atingiu o previsto no contrato por ausência de produção por parte da equipa Y, sendo que no período seguinte a mesma equipa compensou produzindo mais que o habitual;
- Gráfico 4 – A produção base ficou aquém do esperado, no entanto a produção adicional excedeu largamente o previsto, como tal no período seguinte nenhuma das equipas executa produção adicional. No entanto, a equipa Y responsável pelo desajuste terá de em produção base compensar o desvio;
- Gráfico 5 – A produção base excedeu largamente o previsto mas não foram dispendidos recursos humanos extraordinários. No período seguinte, houve uma normalização, pelo que não foi

necessário diminuir a produção base, pois está previsto o financiamento ao hospital para compensar o excesso de produção, na sua componente de custos variáveis.

O IGIF apenas contabiliza os valores globais de produção cirúrgica apresentados e o cumprimento das normas. A negociação das quantidades por serviço cirúrgico é da exclusiva responsabilidade do CA do hospital. Para o CA, o que importa são as quantidades negociadas com o director de cada serviço, sendo que a forma como a actividade é articulada com as equipas é da responsabilidade do director de serviço.

Por forma a que os directores de serviço tenham capacidade de resposta à produção acordada, o CA deverá dotá-los dos instrumentos de gestão necessários e garantir a articulação eficaz com os serviços de apoio, em especial com o bloco operatório e o serviço de anestesia. A formação, quando possível, de equipas coesas que integram todos os elementos sob a mesma direcção no período de produção, facilita a execução da produção adicional.

A organização dos serviços e sua articulação deve ter como objectivo o aumento da rentabilidade do hospital, sendo salvaguardadas as questões de segurança e éticas subjacentes.

A criação de valor acrescentado para o utente e a sustentabilidade da organização devem ser a base das decisões a tomar.

A flexibilidade dos factores de produção é entendida como um dos pontos principais para o sucesso da actividade hospitalar. Deste modo, pretende-se obter de cada director o máximo de rentabilidade das suas equipas, sendo necessário garantir que estes disponham dos recursos materiais e logísticos no local e no tempo necessários à optimização da produção.

A figura seguinte esquematiza a composição da equipa cirúrgica em MRA:

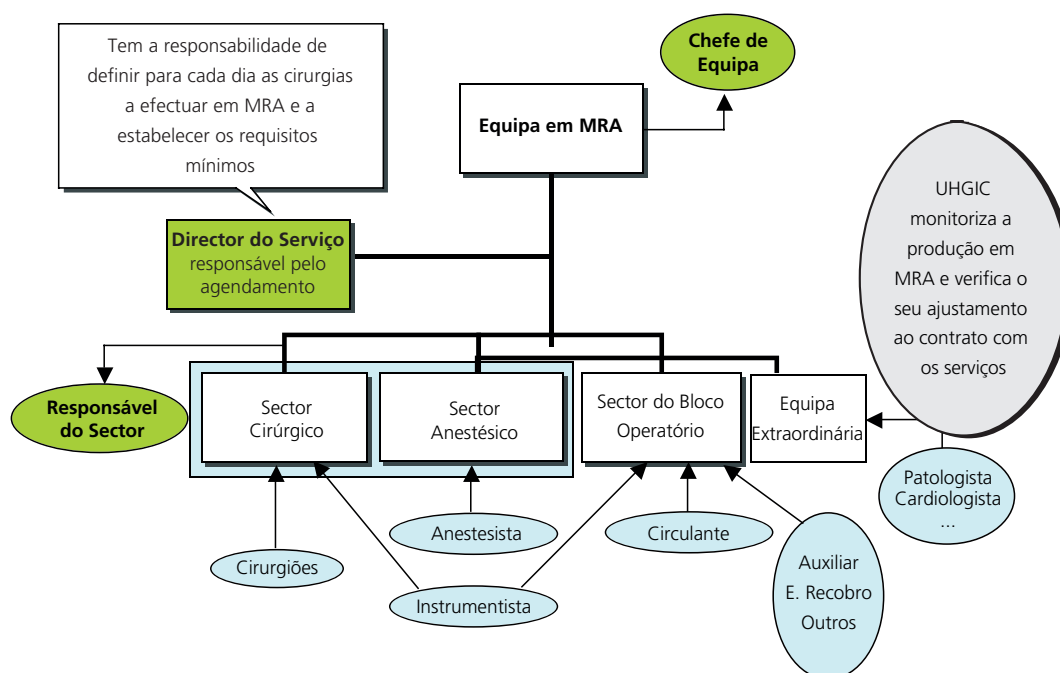


Figura 38 - Composição da equipa cirúrgica na Modalidade de Remuneração Adicional

A equipa designada para intervenção cirúrgica ao abrigo do MRA (EC), deve constituir um grupo coeso chefiado pelo cirurgião responsável pela intervenção. Este grupo decompõe-se em 3 sectores com autonomia funcional e responsabilidades tipificadas, a saber: **Sector Anestésico, Sector Cirúrgico e Sector de Bloco**. Os elementos que compõem cada sector podem variar e são, respectivamente, da responsabilidade do director do Serviço de Anestesia, do director do Serviço Cirúrgico responsável pelo agendamento da cirurgia e do director do Bloco.

O **Sector Cirúrgico** é tipicamente composto por um cirurgião (responsável de sector e de equipa), zero a dois ajudantes de cirurgião e zero a dois enfermeiros instrumentistas. O **Sector Anestésico** é tipicamente constituído por um anestesista (responsável do sector), zero a um enfermeiro de anestesia e zero a um funcionários técnicos. O **Sector de Bloco** é tipicamente constituído por uma enfermeira circulante (responsável do sector) e zero a um auxiliar. A distribuição do montante devido à equipa pela sua actividade é da responsabilidade do CA, após ter reunido com o director de serviço a que cada responsável de sector está afecto, e é objecto de publicação interna, sendo a modalidade estabelecida válida por um ano.

Existem, por vezes, recursos humanos independentes da EC que têm de ser afectos ao bloco, a fim de permitir a realização das cirurgias em produção adicional (tipicamente auxiliares de acção médica, pessoal afecto à limpeza, pessoal administrativo, enfermeiros de recobro), constituindo a **equipa de apoio** (EA). A EA é da responsabilidade do director do bloco e presta serviços aos utentes tratados por diversas EC. O hospital pode optar por integrar estes serviços na regular prestação de serviços do bloco, ou inclui-los em parte ou no todo na EC.

Por vezes, é necessário a presença de outros elementos para executar a cirurgia programada, sendo designados como **equipa extraordinária** (EE), sendo tipicamente os profissionais que efectuem os exames extemporâneos de anatomia patológica, exames endoscópicos, exames radiológicos, colocação de radioisótopos, etc. Também estes elementos podem ou não fazer parte da EC, de acordo com determinação do CA.

O director de serviço, ao efectuar a programação operatória, classificando cirurgias como adicionais sujeitas a MRA, e ao identificar as respectivas equipas cirúrgicas, obriga o hospital ao pagamento do valor correspondente aos procedimentos que vierem a ser executados, de acordo com a tabela de preços publicada em DR ou com a tabela interna modificada (e publicada internamente).

A responsabilidade do agendamento e a determinação da composição da equipa cirúrgica é do director de serviço, enumerando e qualificando os seus elementos e designando um como chefe da equipa. Para a resolução cirúrgica das propostas, o director do serviço que programa a cirurgia deverá enquadrá-la num de 4 cenários:

- **Cenário A** – Cirurgia que não necessita de apoio anestésico especializado; neste caso o sector anestésico não existe;
- **Cenário B** – Cirurgia que requer a presença dos 3 sectores enunciados;
- **Cenário C** – Cirurgia que, para além dos 3 sectores enunciados, exige a intervenção da EE;
- **Cenário D** – Cirurgia não tipificada.

Cada elemento da equipa será remunerado com uma percentagem do total atribuído à equipa, segundo regras estabelecidas pelo CA, ouvidos os profissionais que a constituem, vigorando, após publicação interna, pelo período de um ano, renovável por igual período, salvo denúncia até ao prazo de 1 mês antes do respectivo término.

Após a análise em vários hospitais das práticas referentes à produção ao abrigo do programa PECLEC, tendo em conta as carreiras de cada elemento e as funções desempenhadas, propõe-se uma distribuição dos valores respeitantes ao MRA que poderá servir de linha orientadora para os hospitais. Se na negociação entre o CA e os profissionais implicados surgir uma modalidade que melhor sirva o interesse de ambos, e não comprometa os princípios base, deverá ser utilizada.

A norma de distribuição do montante destinado ao pessoal afecto ao MRA deverá enquadrar-se num dos seguintes cenários:

- Cenário A – Sector Cirúrgico 80%, sector de Bloco 20%;
- Cenário B – Sector Cirúrgico 62%, Sector Anestésico 23% e Sector de Bloco 15%;
- Cenário C – Sector Cirúrgico 60%, Sector Anestésico 21%, Sector de Bloco 15% e EE 4%;
- Cenário D – Acordo individualizado para a cirurgia concreta, validado pelos intervenientes e pelos directores associados a cada sector.

O quadro seguinte representa de forma esquematizada norma da distribuição percentual do montante recebido por unidade de produção cirúrgica em MRA, pelos diversos elementos da equipa cirúrgica:

Equipa	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	CENÁRIO A	CENÁRIO B	CENÁRIO C	MIN-MÁX
Cirurgião	30% - 46%	33%	30% - 77%	24% - 30%	30%	28% - 52%	20%	29,3%	33% - 53%	23%	30%	55%	32%	31%	20% - 77%
Ajudante	16% - 26%	12%	12% - 43%	18% - 24%	15%	14% - 28%	20%	14,4%	22% - 24%	23%	30%	25%	20%	19%	12% - 28%
Enfermeiro Instrumentista	8% - 14%	7%	6% - 11%	10%	10%	7% - 14%	13%	9%	9% - 11%	10%	10%		10%	10%	7% - 14%
Anestesista	22% - 31%	27%	9% - 25%	22%	25%	19% - 27%	20%	29,3%	24,4%	23%	20%		23%	21%	9% - 31%
Enfermeiro Anestesista					10%										7% - 14%
Enfermeiro Circulante	8% - 14%	7%	6% - 11%	10%	10%	7% - 14%	13%	9%	9% - 11%	10%			10%	10%	7% - 14%
Enfermeiro Recobro (3 a 4 equipas)	8% - 9%	3% - 5,5%		10%		7% - 14%	5%	9%		10%	10%	20%	3%	3%	2,5% - 14%
Auxiliar (3 a 4 equipas)		3%							2%				2%	2%	1,5% - 3%
Administrativo (3 a 4 equipas)		3,5%													
Outro (3 a 4 equipas)	8%						10%							4%	3% - 10%
SECTOR CIRURGICO	54% - 86%	52%	68% - 90%	52% - 64%	55%	45% - 78%	53%	53%				80%	62%	60%	45% - 90%
SECTOR ANESTESICO	30% - 44%	27%	23% - 33%	22%	35%	19% - 27%	20%	29%				0%	23%	21%	20% - 35%
SECTOR DE BLOCO	10% - 18%	11%	8% - 21%	20%	10%	15% - 27%	18%	18%				20%	15%	15%	10% - 27%
EQUIPA EXTRAORDINÁRIA (3 a 4 equipas)	8%						10%							4%	8% - 10%

Figura 39 - Tabela de distribuição percentual do valor recebido por unidade de produção em MIRA pela equipa

O quadro em cima representa a base de análise assente numa amostra de 11 hospitais que deu origem à hipótese proposta para os vários cenários. Presume o funcionamento simultâneo de pelo menos 3 equipas em produção adicional, e alguns elementos prestam serviço a várias equipas.

Sistema de Incentivos e Penalizações

Incentivos

A execução atempada e isenta de desconformidades é um valor acrescido para os utentes e para o hospital, já que optimiza as capacidades instaladas nas instituições públicas, contribui para a diminuição dos tempos de espera para cirurgia e previne a aplicação de penalizações aos hospitais. Reconhece-se que, na institucionalização do SIGIC, o papel de vários profissionais do hospital pode ser determinante para o sucesso da implementação das referidas actividades. Neste enquadramento, entende-se que a atribuição de uma contrapartida aos referidos profissionais, quando se verifica o bom funcionamento do sistema, é uma medida justa que pode contribuir para o melhor funcionamento das instituições. Neste contexto determina-se que :

1. A instituição reserva 5% do valor da produção em MRA, avaliada de acordo com a tabela publicada para a PA, que será trimestralmente convertido, por determinação do CA, numa contrapartida aos profissionais indirectamente envolvidos na produção cirúrgica, a saber: o director dos serviços executantes, a UHGIC e outros profissionais que o CA entenda designar;
2. O valor da contrapartida referida no número 1 é retirado à componente do hospital, não afectando, portanto, o montante devido à equipa cirúrgica;
3. A contrapartida ao director de serviço ou responsável de unidade por cada unidade adicional produzida no seu serviço, pode ascender até 50% do montante referido no número 1, conforme as regras definidas pelo CA, desde que se verifiquem cumulativamente as seguintes condições mínimas:
 - a) No trimestre avaliado, a PB produzida não for inferior a 95% da contratada entre o serviço e o CA;
 - b) No trimestre avaliado, a PA não diferir em mais de 10% da contratada com o CA do hospital;
 - c) Não tiverem sido identificadas desconformidades, conforme descritas no capítulo das penalizações, em mais de 5% dos processos;
 - d) Não tiverem sido identificadas desconformidades graves, conforme descritas no capítulo das penalizações;
4. Para efeito do constante nas alíneas a) e b) do número 3, se a desconformidade não for imputável ao director do serviço nem aos elementos da equipa sob sua tutela, e se tal for atestado pelo coordenador da UHGIC, estas não serão impeditivas do pagamento da contrapartida que não poderá, no entanto, exceder 25% do montante referido no número 1;
5. A contrapartida ao coordenador da UHGIC e restantes colaboradores (incluindo todos os administrativos responsáveis pelo registo da informação), por cada unidade adicional produ-

zida no hospital, pode ascender até 50% do montante referido no número 1, conforme regras a definir pelo CA, desde que se verifiquem cumulativamente as seguintes condições mínimas:

- a) No trimestre avaliado as quantidades de produção base (PB) realizadas não diferirem das contratadas com os serviços em mais de 5%;
 - b) No trimestre avaliado as quantidades de produção adicional (PA) realizadas não diferirem das contratadas com os serviços em mais de 10%;
 - c) Não tiverem sido identificadas desconformidades, conforme descritas no capítulo das penalizações, em mais de 5% dos processos;
 - d) Não tiverem sido identificadas desconformidades graves, conforme descritas no capítulo das penalizações;
6. Para o efeito do constante nas alíneas a) e b) do número 5, se a desconformidade não for imputável ao coordenador da UHGIC e restantes colaboradores, e se tal for atestado pelo Presidente do CA, estas não serão impeditivas do pagamento da contrapartida que não poderão, no entanto, exceder 25% do montante referido no número 1;
7. Para efeito e nos termos do constante nos nºs 1 a 6, as contrapartidas pecuniárias são referentes a cada trimestre e processadas no final do trimestre seguinte. O valor pecuniário a atribuir não pode exceder, por trimestre, o equivalente a um mês do ordenado base do colaborador ao qual se destina. A sua atribuição é da competência do CA.

Penalizações ao hospital por incumprimento contratual

No caso do hospital não cumprir o nível de produção adicional contratado, nos tempos estabelecidos, sofrerá as seguintes penalizações:

- a) Se a produção adicional para procura do próprio hospital (procura interna) ficar abaixo do contratado, será remunerada a 80% do preço fixado;
- b) Se a produção adicional para a procura interna não for tratada atempadamente (até 100% do tempo de espera máximo estabelecido), será subtraído 20% do preço acordado ao montante total de financiamento;
- c) Se a produção adicional recebida de outro hospital (procura externa) não for tratada atempadamente (até 25% do TME), será subtraído 20% do preço acordado ao montante total de financiamento.

Penalizações por desconformidades com o Regulamento do SIGIC

As seguintes penalizações dizem respeito a toda a produção constante das linha de internamento cirúrgico programado e de cirurgias de ambulatório:

- a) 10% do valor correspondente ao preço base de uma unidade de produção da linha de internamento cirúrgico programado ou linha de cirurgias de ambulatório, quando se verificar a prática de uma desconformidade;
- b) 50% do valor correspondente ao preço base de uma unidade de produção da linha de internamento cirúrgico programado ou linha de cirurgias de ambulatório, quando se verificar a prática de uma desconformidade grave.

A descrição das desconformidades constam do capítulo 8 do Manual do SIGIC.

TABELA DE GDH CIRÚRGICOS

(Portaria nº 132/2003, de 5 de Fevereiro)

GDH	DESIGNAÇÃO	Limiar Inferior	Limiar Superior	Limiar Máximo	Demora Média Nacional
1	Craniotomia, idade > 17 anos excepto por traumatismo	5	53	77	22,8
2	Craniotomia por traumatismo, idade > 17 anos	2	43	64	13,4
3	Craniotomia, idade 0-17 anos	3	47	69	17,1
4	Procedimentos raquidianos	5	62	91	31,9
5	Procedimentos vasculares extracranianos	2	42	62	12,3
6	Descompressão do túnel cárpico	0	5	8	2,1
7	Procedimentos nos nervos cranianos/periféricos e noutras estruturas nervosas, com CC	6	69	101	39,2
8	Procedimentos nos nervos cranianos/periféricos e noutras estruturas nervosas, sem CC	0	22	33	7,4
36	Procedimentos na retina	2	37	55	10,3
37	Procedimentos na órbita	0	27	40	7
38	Procedimentos primários na íris	0	18	27	4,9
39	Procedimentos no cristalino, com ou sem vitrectomia	0	14	21	3,8
40	Procedimentos extra-oculares, excepto na órbita, idade > 17 anos	0	10	15	3,9
41	Procedimentos extra-oculares, excepto na órbita, idade 0-17 anos	0	5	8	1,8
42	Procedimentos intra-oculares, excepto na retina, íris e cristalino	0	23	35	6,7
49	Grandes procedimentos na cabeça e no pescoço	4	51	75	21,4
50	Sialadenectomia	0	16	24	6,5
51	Procedimentos nas glândulas salivares, excepto sialadenectomia	0	22	33	6,1
52	Reparação de fenda labial e palatina	0	22	33	5,7
53	Procedimentos nos seios faciais e mastóide, idade > 17 anos	2	19	28	6,3
54	Procedimentos nos seios faciais e mastóide, idade 0-17 anos	2	23	34	6,8
55	Procedimentos diversos nos ouvidos, nariz, boca e garganta	0	14	21	4,4
56	Rinoplastia	0	13	19	4,2
57	Procedimentos na amígdala/adenóides, excepto só amigdalectomia e/ou adenoidectomia, idade > 17 anos	0	18	27	5,7
58	Procedimentos na amígdala/adenóides, excepto só amigdalectomia e/ou adenoidectomia, idade 0-17 anos	0	14	21	3,3
59	Amigdalectomia e/ou adenoidectomia, idade > 17 anos	0	6	9	2,8
60	Amigdalectomia e/ou adenoidectomia, idade 0-17 anos	0	5	8	2,2
61	Miringotomia com colocação de tubo, idade > 17 anos	0	10	15	3,3
62	Miringotomia com colocação de tubo, idade 0-17 anos	0	5	8	2,2
63	Outros procedimentos no ouvido, boca, nariz e garganta em bloco operatório	2	31	46	8,1
75	Grandes procedimentos torácicos	3	39	57	14,2
76	Outros procedimentos no aparelho respiratório, em bloco operatório, com CC	5	52	76	22,3
77	Outros procedimentos no aparelho respiratório, em bloco operatório, sem CC	2	42	62	11,8

GDH	DESIGNAÇÃO	Limiar Inferior	Limiar Superior	Limiar Máximo	Demora Média Nacional
103	Transplante cardíaco	12	77	110	47,2
104	Procedimentos nas válvulas cardíacas e outros grandes proc. cardiorácicos, com cateterismo cardíaco	5	53	77	23,1
105	Procedimentos nas válvulas cardíacas e outros grandes proc. cardiorácicos, sem cateterismo cardíaco	2	32	47	13,6
106	Bypass coronário com PTCA	3	38	56	8,4
107	Bypass coronário com cateterismo cardíaco	3	50	74	19,8
108	Outros procedimentos cardiorácicos	2	34	50	11,4
109	Bypass coronário sem cateterismo cardíaco	2	23	34	10,5
110	Grandes procedimentos cardiovasculares, com CC	6	52	75	22,4
111	Grandes procedimentos cardiovasculares, sem CC	3	45	66	14,6
112	Procedimentos cardiovasculares percutâneos	0	29	44	5,5
113	Amputação por doença do aparelho circulatório, excepto do membro superior/dedo do pé	6	58	84	28,3
114	Amputação por doença do aparelho circulatório, do membro superior ou dedo do pé	5	54	79	24,1
115	Implante de pacem. card. perm. C/ EAM, insuf. cardíaca ou choque, ou implante de electrodos ou de gerador	3	44	65	14,2
116	Outro implante de pacemaker cardíaco permanente ou PTCA com implante de stent na artéria coronária	1	18	27	5,1
117	Revisão de pacemaker cardíaco, excepto substituição do gerador	0	37	56	6,6
118	Substituição do gerador de pacemaker cardíaco	0	22	33	5,6
119	Laqueação venosa e flebo-extracção	0	14	21	4
120	Outros procedimentos no aparelho circulatório em bloco operatório	0	53	80	23,3
146	Ressecção do recto, com CC	6	55	80	24,8
147	Ressecção do recto, sem CC	4	46	67	16,4
148	Grandes procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, com CC	5	54	79	23,7
149	Grandes procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, sem CC	3	45	66	15,6
150	Lise de aderências peritoneais, com CC	4	51	75	20,8
151	Lise de aderências peritoneais, sem CC	2	37	55	10,5
152	Pequenos procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, com CC	4	46	67	16,1
153	Pequenos procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, sem CC	3	35	51	11
154	Procedimentos no esófago, estômago e duodeno, idade > 17 anos, com CC	6	54	78	24,4
155	Procedimentos no esófago, estômago e duodeno, idade > 17 anos, sem CC	3	45	66	14,6
156	Procedimentos no esófago, estômago e duodeno, idade 0-17 anos	2	30	44	9,4
157	Procedimentos no ânus e estomas, com CC	2	42	62	12
158	Procedimentos no ânus e estomas, sem CC	0	18	27	4,7
159	Procedimentos para hérnia, excepto inguinal/femoral, idade > 17 anos, com CC	2	43	64	13,3
160	Procedimentos para hérnia, excepto inguinal/femoral, idade > 17 anos, sem CC	0	19	29	5,3

GDH	DESIGNAÇÃO	Limiar Inferior	Limiar Superior	Limiar Máximo	Demora Média Nacional
161	Procedimentos para hérnia inguinal/femoral, idade > 17 anos, com CC	2	28	41	8,4
162	Procedimentos para hérnia inguinal/femoral, idade > 17 anos, sem CC	0	14	21	4,3
163	Procedimentos para hérnia, idade 0-17 anos	0	9	14	2,1
164	Apendicectomia com diagnóstico principal complicado, com CC	3	44	65	13,5
165	Apendicectomia com diagnóstico principal complicado, sem CC	1	16	24	5,9
166	Apendicectomia sem diagnóstico principal complicado, com CC	2	36	53	9,2
167	Apendicectomia sem diagnóstico principal complicado, sem CC	0	7	10	3,8
168	Procedimentos na boca, com CC	4	50	73	19,9
169	Procedimentos na boca, sem CC	0	26	39	7
170	Outros procedimentos no aparelho digestivo, em bloco operatório, com CC	4	51	75	21,2
171	Outros procedimentos no aparelho digestivo, em bloco operatório, sem CC	3	42	62	11,9
191	Procedimentos pancreáticos/hepáticos e de derivação portal com CC	8	64	92	34,4
192	Procedimentos pancreáticos/hepáticos e de derivação portal sem CC	4	49	72	19,1
193	Procedimentos nas vias biliares, excepto só colecistectomia, com ou sem exploração do colédoco, com CC	7	56	81	25,9
194	Procedimentos nas vias biliares, excepto só colecistectomia, com ou sem exploração do colédoco, sem CC	5	51	74	21,4
195	Colecistectomia com exploração do colédoco, com CC	6	54	78	23,9
196	Colecistectomia com exploração do colédoco, sem CC	6	51	74	20,9
197	Colecistectomia, excepto por laparoscopia, sem exploração do colédoco, com CC	4	46	67	16,3
198	Colecistectomia, excepto por laparoscopia, sem exploração do colédoco, sem CC	0	21	32	8
199	Procedimentos diagnósticos hepatobiliares por doença maligna	5	53	77	22,9
200	Procedimentos diagnósticos hepatobiliares por doença não maligna	4	49	72	19,5
201	Outros procedimentos hepatobiliares ou pancreáticos em bloco operatório	2	45	67	15,2
209	Procedimentos nas grandes articulações e reimplantação do membro inferior	4	48	70	17,6
210	Procedimentos na anca e fémur, excepto grandes articulações, idade > 17 anos, com CC	6	57	83	26,9
211	Procedimentos na anca e fémur, excepto grandes articulações, idade > 17 anos, sem CC	4	47	69	16,8
212	Procedimentos na anca e fémur, excepto grandes articulações, idade 0-17 anos	3	44	65	13,8
213	Amputação por doença músculo-esquelética ou do tecido conjuntivo	6	63	92	32,6
214	-----	0	0	0	0
215	-----	0	0	0	0
216	Biópsias do sistema músculo-esquelético e do tecido conjuntivo	2	51	76	21,5
217	Desbridamento de feridas/enxertos cutâneos, excepto mão, por doen.músculo-esquelética ou do tec.conjuntivo	8	69	100	38,8
218	Procedimentos no membro inferior/úmero, excepto anca/pé/fémur, idade > 17 anos, com CC	5	54	79	23,9
219	Procedimentos no membro inferior/úmero, excepto anca/pé/fémur, idade > 17 anos, sem CC	3	43	63	12,5

GDH	DESIGNAÇÃO	Limiar Inferior	Limiar Superior	Limiar Máximo	Demora Média Nacional
220	Procedimentos no membro inferior/úmero, excepto anca/pé/fémur, idade 0-17 anos	0	30	45	7,8
221	-----	0	0	0	0
222	-----	0	0	0	0
223	Grandes procedimentos no ombro/cotovelo ou outros procedimentos no membro superior, com CC	2	39	58	9,7
224	Procedimentos no ombro/cotovelo/antebraço, excepto procedimentos nas grandes articulações, sem CC	0	22	33	5,6
225	Procedimentos no pé	0	22	33	6,2
226	Procedimentos nos tecidos moles, com CC	4	52	76	21,9
227	Procedimentos nos tecidos moles, sem CC	0	17	26	4,9
228	Grandes procedimentos no polegar/articulações ou outros procedimentos na mão/punho, com CC	1	30	45	8,7
229	Procedimentos na mão ou punho, excepto grandes procedimentos nas articulações, sem CC	0	13	20	3,4
230	Excisão local/remoção de meios de fixação interna da anca/fémur	0	26	39	8,3
231	Excisão local/remoção de meios de fixação interna, excepto anca/fémur	0	18	27	5,8
232	Artroscopia	0	9	14	3,2
233	Outros procedimentos no sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo, em bloco operatório, com CC	4	49	72	19,3
234	Outros procedimentos no sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo, em bloco operatório, sem CC	2	40	59	10,4
257	Mastectomia total por doença maligna, com CC	3	45	66	15,2
258	Mastectomia total por doença maligna, sem CC	2	22	32	8,4
259	Mastectomia subtotal por doença maligna, com CC	2	24	35	8,2
260	Mastectomia subtotal por doença maligna, sem CC	2	19	28	5,3
261	Procedimentos na mama, por doença não maligna, excepto biópsia/excisão local	0	18	27	4,3
262	Biópsia da mama/excisão local por doença não maligna	0	10	15	3
263	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento por úlcera da pele/fleimão, com CC	7	67	97	37,3
264	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento por úlcera da pele/fleimão, sem CC	5	56	82	25,7
265	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento excepto por úlcera da pele/fleimão, com CC	5	53	77	22,8
266	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento excepto por úlcera da pele/fleimão, sem CC	0	34	51	9,5
267	Procedimentos perianais e pilonidais	0	10	15	3,2
268	Procedimento plásticos na pele, tecido celular subcutâneo e mama	0	22	33	6,9
269	Outros procedimentos na pele/tecido celular subcutâneo e mama com CC	4	49	72	19,3
270	Outros procedimentos na pele/tecido celular subcutâneo e mama sem CC	0	17	26	4,9
285	Amputação do membro inferior por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	8	66	95	36,2
286	Procedimentos nas supra-renais e hipófise	4	47	69	17,2
287	Enxerto cutâneo e desbridamento de feridas por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	7	58	84	27,7

GDH	DESIGNAÇÃO	Limiar Inferior	Limiar Superior	Limiar Máximo	Demora Média Nacional
288	Procedimentos para obesidade, em bloco operatório	2	23	34	6,8
289	Procedimentos nas paratiróides	2	43	64	18,7
290	Procedimentos na tiróide	0	18	27	6
291	Procedimentos no tiroglossos	0	10	15	3,4
292	Outros procedimentos, em bloco operatório, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com CC	4	50	73	20,3
293	Outros procedimentos, em bloco operatório, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, sem CC	0	42	63	12,1
302	Transplante renal	5	52	76	21,5
303	Grandes procedimentos nos rins, ureteres e bexiga, por doença maligna	4	51	75	21,1
304	Grandes procedimentos nos rins, ureteres e bexiga por doença não maligna, com CC	5	54	79	24
305	Grandes procedimentos nos rins, ureteres e bexiga por doença não maligna, sem CC	3	43	63	13
306	Prostatectomia, com CC	5	49	71	19,1
307	Prostatectomia, sem CC	2	34	50	11
308	Pequenos procedimentos na bexiga, com CC	5	53	77	23
309	Pequenos procedimentos na bexiga, sem CC	3	41	60	11,4
310	Procedimentos transuretrais, com CC	3	46	68	16,1
311	Procedimentos transuretrais, sem CC	0	28	42	8,8
312	Procedimentos uretrais, idade > 17 anos, com CC	3	47	69	16,9
313	Procedimentos uretrais, idade > 17 anos, sem CC	0	32	48	8,8
314	Procedimentos uretrais, idade 0-17 anos	0	24	36	7,7
315	Outros procedimentos, em bloco operatório, no rim e vias urinárias	0	46	68	15,6
334	Grandes procedimentos pélvicos masculinos, com CC	4	50	73	19,9
335	Grandes procedimentos pélvicos masculinos, sem CC	3	32	47	12,2
336	Prostatectomia transuretral, com CC	3	39	57	13,2
337	Prostatectomia transuretral, sem CC	2	22	32	8,9
338	Procedimentos nos testículos, por doença maligna	2	35	52	9,8
339	Procedimentos nos testículos, por doença não maligna, idade > 17 anos	0	18	27	5,2
340	Procedimentos nos testículos, por doença não maligna, idade 0-17 anos	0	9	14	2,4
341	Procedimentos no pénis	0	29	44	6,7
342	Circuncisão, idade > 17 anos	0	9	14	2,6
343	Circuncisão, idade 0-17 anos	0	5	8	1,7
344	Outros procedimentos, em bloco operatório, no aparelho genital masculino por doença maligna	2	44	65	13,6
345	Outros procedimentos, em bloco operatório, no aparelho genital masculino excepto por doença maligna	3	34	50	11,6
353	Evisceração pélvica, histerectomia/vulvectomy radicais	3	36	53	15,1
354	Procedimentos no útero e anexos, por doença não maligna do ovário/anexos, com CC	4	48	70	17,6
355	Procedimentos no útero e anexos, por doença não maligna do ovário/anexos, sem CC	2	21	31	8,3

GDH	DESIGNAÇÃO	Limiar Inferior	Limiar Superior	Limiar Máximo	Demora Média Nacional
356	Procedimentos reconstrutivos do aparelho genital feminino	2	25	37	8,3
357	Procedimentos no útero e anexos, por doença maligna do ovário/anexos	2	34	50	11,6
358	Procedimentos no útero e anexos, por doença não maligna, com CC	2	38	56	11,6
359	Procedimentos no útero e anexos, por doença não maligna, sem CC	0	17	25	6,6
360	Procedimentos na vagina, colo do útero e vulva	0	13	20	3,4
361	Laparoscopia e laqueação de trompas, via incisional	0	10	15	3,3
362	Laqueação de trompas, via endoscópica/laparoscópica	0	5	8	2
363	Dilatação e curetagem, conização/implantação de rádio, por doença maligna	0	13	20	4,3
364	Dilatação e curetagem, conização, excepto por doença maligna	0	5	8	2
365	Outros procedimentos, em bloco operatório, no aparelho genital feminino	2	43	64	13,1
370	Cesariana, com CC	2	25	37	8,7
371	Cesariana, sem CC	1	12	18	5,4
374	Parto vaginal, com esterilização e/ou dilatação e curetagem	2	15	22	5,3
375	Parto vaginal com procedimentos em bloco operatório, excepto esterilização e/ou dilatação e curetagem	0	16	24	4,7
377	Diagnóstico pós-parto e pós-aborto, com procedimento em bloco operatório	0	17	26	3,8
381	Aborto com dilatação e curetagem, aspiração ou histerotomia	0	5	8	1,9
392	Esplenectomia, idade > 17 anos	3	31	45	12,7
393	Esplenectomia, idade 0-17 anos	2	25	37	8,7
394	Outros procedimentos, em bloco operatório, em órgãos hematopoiéticos	0	33	50	8,6
400	Linfoma e leucemia com grandes procedimentos em bloco operatório	3	48	71	17,8
401	Linfoma e leucemia não aguda com outros procedimentos em bloco operatório, com CC	7	58	84	27,7
402	Linfoma e leucemia não aguda com outros procedimentos em bloco operatório, sem CC	2	46	68	16,1
406	Doenças mieloproliferativas ou doen. malignas mal-diferenciadas, com grandes proc., em bloco ope., com CC	5	51	74	20,8
407	Doenças mieloproliferativas ou doen. malignas mal-diferenciadas, com grandes proc., em bloco ope., sem CC	3	45	66	14,7
408	Doenças mieloproliferativas ou doen. malignas mal-diferenciadas com outros proc. em bloco operatório	0	22	33	7,9
415	Procedimentos em bloco operatório, por doenças infecciosas e parasitárias	4	52	76	22,5
424	Procedimentos em bloco operatório, com diagnóstico principal de doença mental	4	67	99	36,9
439	Enxertos cutâneos por lesão traumática	6	56	81	25,7
440	Desbridamentos de ferida por lesão traumática	3	49	72	18,5
441	Procedimentos na mão por lesão traumática	0	25	38	6,7
442	Outros procedimentos, em bloco operatório, por lesão traumática, com CC	4	50	73	20,4
443	Outros procedimentos, em bloco operatório, por lesão traumática, sem CC	0	38	57	9,8



GDH	DESIGNAÇÃO	Limiar Inferior	Limiar Superior	Limiar Máximo	Demora Média Nacional
458	-----	0	0	0	0
459	-----	0	0	0	0
461	Outros procedimentos, em bloco operatório, com diagnóstico de outros contactos com os serviços de saúde	0	34	51	10,9
468	Procedimentos extensos, em bloco operatório, não relacionados com o diagnóstico principal	3	48	71	17,8
471	Grandes procedimentos bilaterais ou múltiplos nas articulações do membro inferior	13	80	114	49,9
472	-----	0	0	0	0
476	Procedimento prostático, em bloco operatório, não relacionado com o diagnóstico principal	4	49	72	19,3
477	Procedimento não extenso, em bloco operatório, não relacionado com o diagnóstico principal	2	46	68	16,1
478	Outros procedimentos vasculares, com CC	3	47	69	16,6
479	Outros procedimentos vasculares, sem CC	0	44	66	14,2
480	Transplante hepático	7	60	87	30,1
481	Transplante de medula óssea	7	67	97	37
482	Traqueostomia com perturbações da face, boca e pescoço	6	57	83	27,4
483	Traqueostomia excepto com perturbações da face, boca e pescoço	15	105	150	75
484	Craniotomia por traumatismos múltiplos significativos	5	52	76	22,4
485	Reinserção de membro, procedimentos na anca/fémur por traumatismos múltiplos significativos	8	65	94	34,8
486	Outros procedimentos, em bloco operatório, por traumatismos múltiplos significativos	5	57	83	26,9
488	HIV com procedimento extenso em bloco operatório	12	78	111	47,5
491	Grandes procedimentos nas articulações/reimplantação do membro superior	3	42	62	11,8
493	Colecistectomia laparoscópica, sem exploração do colédoco, com CC	3	42	62	12,3
494	Colecistectomia laparoscópica, sem exploração do colédoco, sem CC	0	11	16	4,6
495	Transplante do pulmão	12	77	110	52
496	Artrodese vertebral combinada, anterior/posterior	6	62	90	31,9
497	Artrodese vertebral, com CC	7	62	90	32,4
498	Artrodese vertebral, sem CC	3	46	68	16,2
499	Procedimentos no dorso e pescoço, excepto artrodese vertebral, com CC	6	57	83	27,1
500	Procedimentos no dorso e pescoço, excepto artrodese vertebral, sem CC	2	42	62	11,7
501	Procedimentos no joelho, com diagnóstico principal de infecção, com CC	9	79	114	48,9
502	Procedimentos no joelho, com diagnóstico principal de infecção, sem CC	4	50	73	20,3
503	Procedimentos no joelho, sem diagnóstico principal de infecção	0	22	33	5,8
504	Queimaduras extensas de 3º grau, com enxerto de pele	10	74	106	44,2
506	Queimadura da espessura total pele, com enxerto, ou lesão por inalação, com CC ou traum.significativo	10	71	102	41,4
507	Queimadura da espessura total pele, com enxerto, ou lesão por inalação, sem CC ou traum.significativo	8	57	82	27,4

10.3. Qualidade e segurança nos sistemas de informação

O SIGIC estrutura-se num sistema de informação centralizado que recolhe os dados dos diversos sistemas de informação existentes nos hospitais. Assim sendo, reconhecendo o valor de uma informação fidedigna e actual, importa garantir não só a eficácia dos processos de integração como o processo de aquisição primária da informação nos hospitais. Neste sentido enumeram-se um conjunto de conceitos que devem estar subjacentes aos processos associados aos sistemas de informação dos hospitais.

Qualidade dos elementos estruturais do Sistema de Informação (SI)

O Sistema de Informação (SI) deve otimizar a realidade institucional programada e dar resposta às necessidades para as quais foi desenhado.

Como tal, o SI deve incluir:

- Mecanismos que permitam aceder a toda a informação clínica de um utente relevante para a prestação de cuidados de saúde, nomeadamente através da colocação de sistemas de recolha e distribuição de informação nos locais onde esta é gerada e utilizada;
- Mecanismos de segurança que permitam distinguir os utilizadores e que prevejam a identificação compulsiva do agente que interage com a informação, a intransmissibilidade da identidade, a atribuição de perfis pré-estabelecidos de acordo com ética definida nas políticas de informação;
- Mecanismos de segurança que garantam a integridade, disponibilidade e propriedade da informação;
- Formatações variadas (Quadros, "Reports", "Formulários) e variáveis da informação de acordo com as diferentes necessidades do utilizador em cada instante;
- Gabinetes de gestão de informação médica, de gestão de informática e de audiovisuais, com vista a assegurar o controlo interno do SI e garantir a sua adaptabilidade (flexibilidade) às necessidades dos utilizadores;
- Sistemas de codificação extensiva próximos da linguagem do utilizador, capazes de responder a diferentes propósitos, com garantias de conversibilidade para sistemas de codificação universais, eficazmente indexados, sem comprometer a flexibilidade descritiva;
- Mecanismos processuais que diminuam o esforço (tempo/dificuldade) na introdução da informação (*input*), nomeadamente:
 - Eliminando repetições no registo da informação;
 - Registrando apenas a informação pertinente de acordo com os seguintes três níveis de necessidades:
 - Definição institucional;
 - Definição do serviço;
 - Definição do utilizador (individual);

- Adoptando diferentes sistemas de aquisição de informação, mais bem adaptados a cada circunstância e a cada utilizador;
 - Utilizando sistemas de aquisição intuitivos, ergonómicos, interactivos, imediatos, adaptáveis ao utilizador, com sistemas de orientação e com detecção de erros/incoerência;
 - Disponibilizando a informação pertinente à correcta introdução dos dados;
- Mecanismos processuais que diminuam o esforço no acesso à informação pelo utilizador (*output*) através de:
 - Leitura fácil, empática, adaptada ao utilizador e às circunstâncias em que este se encontra;
 - Utilização do suporte mais eficaz para o pretendido;
 - Inteligibilidade da informação;
 - Colocação da informação pertinente na referência espaço - temporal programada;
- Sistemas de verificação da informação;
- Sistemas de sinalização da informação de risco, improvável e iminente;
- Mecanismos de automatização de circuitos de informação protocolada, nomeadamente a criação de listas de trabalho, sistemas de avisos, aquisições automáticas de informação e emissão automática de informação;
- Mecanismos de transformação/criação dinâmica da informação de acordo com as necessidades permanentes e esporádicas do utilizador, tais como:
 - Cálculo – Estatística/contabilização;
 - Processual - Ex.: utente que integra todos os requisitos para ser operado é dado como apto (informação sintética/unificadora gerada);
- Sistemas processuais que evitem circuitos paralelos (para a satisfação de uma necessidade específica o circuito da informação é único);
- Mecanismos de coordenação de agendas do cliente/prestador/equipamentos com sincronização das actividades;
- Processos que conduzam ao reforço positivo das entidades (individuais ou colectivas) fornecedoras de *input*, de acordo com a qualidade do seu procedimento;
- Sistemas que forcem o cumprimento das normas definidas (a nível institucional e de serviço), bloqueando a progressão do processo e gerando alarmes de forma a ser garantida a adequação da informação;
- Sistemas que abarquem linguagens diferentes (clínica, enfermagem/técnica, administrativa, científica), promovendo a integração necessária e mantendo as respectivas culturas;
- Mecanismos de controlo da qualidade da informação, tais como:
 - Avaliação, por amostragem, da exactidão da informação;

- Detecção sistemática de erros em pontos críticos;
- Análise do processo de recolha e introdução de dados para identificação dos pontos nos quais se verificaram mais erros;
- Introdução de indicadores de qualidade da informação (ex: data da última actualização do processo clínico);
- Implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade com adopção de ciclos de Deming (plan, do, check, act);
- Processos de manutenção que garantam a integridade, a eficácia e a eficiência e que efectuem a gestão dos *output's* necessários à melhoria contínua dos mesmos.

Os elementos estruturais do SI devem obedecer às seguintes características:

- Prever a existência de uma estrutura que será responsável pela qualidade da informação produzida, com uma missão, um plano e recursos para o seu desenvolvimento;
- Ser flexível, mantendo uma coerência central mas adaptando-se às especificações das diferentes áreas de intervenção;
- Ser dinâmico, progredindo na sua adaptação às necessidades de acordo com a estratégia definida face à visão proclamada, sem que, no entanto, se criem disfunções no sistema que comprometam a eficácia do mesmo;
- Ter em conta as normas éticas da instituição;
- Ser economicamente viável, tendo um custo optimizado para as funções que se considerem de mais valia para a elaboração do produto;
- Ser matricial nos procedimentos institucionais (não pode ser secundário).

Critérios de Qualidade da Informação

Para que um SI tenha qualidade, é necessário que contenha informação suficiente para produzir decisões adequadas face aos resultados esperados, de acordo com o conceito de Juran de “fitness for use”, que cuidamos ser próximo do nosso entendimento.

Neste sentido, a qualidade da informação é avaliada por quem a utiliza, que a deverá considerar apropriada para as suas necessidades.

De entre as características que a informação deverá ter para que possa ser considerada de qualidade, salientamos:

1. O registo exaustivo de toda a informação considerada pertinente;
2. A fiabilidade;
3. A objectividade;

4. A actualidade;
5. A identidade (quando foi produzida, quando foi registada, quem a gerou , quem a registou, qual a entidade responsável);
6. A segurança (preservação – estabilidade e longevidade; acesso condicionado – a informação só é obtida por quem tem direito a ela; integridade – não adulteração);
7. A interpretabilidade (leitura universal);
8. A facilidade no acesso à informação (eliminar barreiras, espaço interno/externo, tempo);
9. A disponibilidade permanente de acesso;
10. A capacidade de moldar a informação à dinâmica funcional da instituição, estando presente sempre que esta opera;
11. A reputação (o reconhecimento por parte dos utilizadores da sua qualidade).

Para que a informação tenha qualidade é necessário reconhecer qualidade na comunicação.

Pode dizer-se que a comunicação clínica é boa quando:

12. A informação passa de “A” para “B” sem se deteriorar;
13. “B” compreende a informação que “A” quer transmitir;
14. “A” recebe um feedback sobre o entendimento de “B” relativamente à mensagem transmitida;
15. “A” e “B” estão motivados para comunicar.

Assim, para assegurar qualidade na informação clínica torna-se necessário:

16. Ensinar a forma correcta de comunicar;
17. Antecipar as necessidades abrindo novos espaços de comunicação;
18. Dar sempre resposta às interpelações;
19. Garantir sempre os requisitos de uma boa comunicação;
20. Criar normas e processos facilitadores da comunicação.

10.4. Regulamento do SIGIC

Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro

Pela Resolução do Conselho de Ministros n.º79/2004, de 3 de Junho, publicada no Diário da República, I Série B, de 24 de Junho de 2004, foi criado o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

Nos termos do n.º 6 da citada Resolução, o regulamento que define a organização, gestão e fiscalização do SIGIC é objecto de portaria do Ministro da Saúde.

De harmonia com o disposto no n.º4 da parte III do anexo à mesma Resolução, a composição e definição das responsabilidades de cada uma das unidades das estruturas central, regionais e hospitalares que apoiam o SIGIC, bem como os critérios para a inscrição em lista, procedimentos a cumprir ao longo do processo e circuitos de comunicação entre os diversos intervenientes, são também fixadas no regulamento.

No n.º7 da parte III do anexo referido determina-se, ainda que as características do vale-cirurgia, como a validade, procedimentos respeitantes ao seu envio, transferência ou perda de validade, constam do regulamento do SIGIC.

Assim, nos termos do n.º6 da Resolução do Conselho de Ministros n.º79/2004, de 3 de Junho, publicada no Diário da República, I Série B, de 24 de Junho de 2004, manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte:

- 1 - É aprovado o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, constante do anexo ao presente diploma e do qual faz parte integrante.
- 2 - O tratamento dos dados pessoais constantes do Regulamento referido no número anterior obedece ao disposto na Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro.
- 3 - A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Lisboa,

O Ministro da Saúde

(Luís Filipe Pereira)

ANEXO

PARTE I COMPOSIÇÃO E DEFINIÇÃO DAS RESPONSABILIDADES DAS UNIDADES DE APOIO AO SIGIC

1 – A **Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC)** fica sediada no **Gabinete do Ministro da Saúde**.

2 – A **UCGIC** é composta por cinco elementos designados pelo Senhor Ministro da Saúde.

3 – À UCGIC compete:

- a) Adoptar mecanismos adequados que garantam a actualização permanente do registo dos utentes na lista de inscritos, assegurando a correcta integração e coerência dos dados;
- b) Elaborar, divulgar e manter actualizado o Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC);
- c) Acompanhar a realização dos contratos programa, negociados pelo Instituto de Gestão e Informática Financeira com as unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), no que respeita à totalidade da produção cirúrgica programada;
- d) Monitorizar de forma contínua a produção cirúrgica realizada a nível nacional nomeadamente no âmbito da actividade programada compreendendo os inscritos para cirurgia, com especial ênfase nos tempos médios e máximos de espera;
- e) Definir os protocolos de transferência de processos de utentes entre as unidades hospitalares do SNS e entre estas e as entidades convencionadas nos termos deste Regulamento, bem como elaborar os circuitos associados e assegurar os mecanismos de acompanhamento dos utentes e de comunicação entre as unidades hospitalares;
- f) Seleccionar, de forma adequada, os processos dos utentes a transferir e garantir o cumprimento e monitorização dos protocolos de transferência definidos por parte dos restantes intervenientes;
- g) Estabelecer e fomentar a colaboração com grupos de especialistas médicos, Direcção Geral da Saúde, colégios de especialidades médico-cirúrgicas da Ordem dos Médicos e sociedades médicas com vista à elaboração e à permanente actualização dos protocolos de normalização da actividade hospitalar e da prática clínica para os principais procedimentos cirúrgicos dos hospitais do SNS;
- h) Emitir e enviar os vales-cirurgia;
- i) Preparar e divulgar junto do público em geral toda a informação relevante relacionada com a actividade dos diferentes hospitais do SNS e entidades convencionadas;
- j) Zelar pelo cumprimento das regras de confidencialidade dos dados a que tiver acesso no âmbito do desempenho da sua actividade.

4 – **As Unidades Regionais de Gestão de Inscritos para Cirurgia** (URGIC) ficam sediadas e na dependência das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

5 – A composição das URGIC é definida pelo Conselho de Administração (CA) da respectiva ARS.

6 – Às URGIC, compete:

- a) Monitorizar, acompanhar e controlar a produção cirúrgica realizada pelas unidades hospitalares;
- b) Negociar, em nome do Ministério da Saúde, bem como propor ao Conselho de Administração da ARS convenções com entidades privadas com vista à prestação de cuidados de saúde no âmbito da gestão integrada de inscritos para cirurgia;
- c) Monitorizar, avaliar e controlar a evolução de inscritos para cirurgia nas unidades hospitalares, nomeadamente a nível de tempos de espera;
- d) Monitorizar e controlar os processos de transferência e garantir o cumprimento dos protocolos de transferência definidos, designadamente no que respeita aos circuitos, acompanhamento e comunicação entre os intervenientes;
- e) Accionar os mecanismos necessários para garantir que aos processos dos utentes transferidos é dada uma solução para a sua situação dentro do tempo máximo de espera;
- f) Alterar, no prazo máximo de 5 dias após comunicação da situação, o estado dos processos, de utentes que tendo sido transferidos para as unidades hospitalares convencionadas aí não realizaram a intervenção cirúrgica,

7 - O cumprimento do Regulamento do SIGIC pressupõe que os Conselhos de Administração dos hospitais assegurem a realização das seguintes actividades:

- a) Zelar pelo cumprimento das regras incluídas no MGIC e das orientações emitidas pelas UCGIC e URGIC;
- b) Actuar por forma a que o hospital crie as condições necessárias que permitam dar resposta adequada à procura de tratamento cirúrgico;
- c) Garantir prioritariamente a realização das cirurgias que, pela sua especificidade, têm uma oferta reduzida noutras unidades hospitalares sem que se comprometam os critérios de prioridade e antiguidade;
- d) Realizar uma gestão optimizada do bloco operatório em função da procura e da lista de procedimentos de cada uma das especialidades cirúrgicas de forma a diminuir os tempos de espera da respectiva lista de inscritos para cirurgia;
- e) Garantir a fiabilidade da informação e normalização dos fluxos de informação relativos à Lista de Inscritos para Cirurgia;
- f) Garantir a correcta atribuição dos níveis de prioridade definidos no MGIC, de acordo com as boas práticas clínicas, e proceder à sua divulgação junto dos profissionais de saúde;
- g) Fornecer à UCGIC/URGIC o relatório trimestral que reflecta a capacidade produtiva do hospital no âmbito dos tratamentos cirúrgicos enumerando e qualificando os recursos materiais, humanos e funcionais disponíveis;

- h) Assegurar a segurança e confidencialidade dos dados, designadamente através da parametrização de perfis de acesso adequados ao sistema informático e da sua correcta utilização.

8 - As **Unidades Hospitalares de Gestão de Inscritos para Cirurgia** (UHGIC) ficam sediadas nos hospitais.

9 – A composição das UHGIC e respectiva direcção é definida pelo Conselho de Administração do respectivo hospital.

10 – Às UHGIC, compete:

- a) Centralizar a gestão de inscritos para cirurgia do hospital;
- b) Realizar e supervisionar o registo do processo do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia;
- c) Divulgar e garantir o cumprimento das normas aplicáveis à Lista de Inscritos para Cirurgia e respectivo Regulamento;
- d) Manter permanentemente actualizada a informação administrativa e clínica respeitante a cada processo registado na Lista de Inscritos para Cirurgia;
- e) Informar e acompanhar os utentes para esclarecimento de todos os aspectos administrativos relacionados com a sua situação na Lista de Inscritos para Cirurgia do hospital, incluindo resposta a sugestões e encaminhamento de reclamações;
- f) Realizar ou assegurar o contacto com os utentes para marcações de consultas ou exames, designadamente no âmbito dos cuidados pré-operatórios, da avaliação pré-anestésica e da programação cirúrgica;
- g) Prever e identificar com antecedência os casos dos utentes que deverão ser transferidos para outra unidade prestadora de cuidados de saúde, esclarecendo os utentes das condições de aceitação da transferência e supervisionar a recepção e envio dos processos clínicos dos utentes nesta situação;
- h) Elaborar a informação necessária para o planeamento, gestão e tomada de decisões relativos à Lista de Inscritos para Cirurgia, para distribuição às diversas unidades orgânicas internas do hospital e para posterior relatório às entidades supervisoras;
- i) Promover a realização de reuniões, com periodicidade pelo menos mensal, de acompanhamento da actividade cirúrgica do hospital com todos os Serviços do hospital envolvidos no processo;
- j) Avaliar e reportar às UCGIC/URGIC toda a informação considerada pertinente, incluindo a quantidade de produção disponível (realizada face à contratada) para cada uma das parcelas de produção cirúrgica (base e adicional), a evolução de inscritos (entradas, saídas, tempo médio de espera, etc.) e a taxa de ocupação do bloco operatório;
- l) Relatar mensalmente, até ao dia 10 do mês seguinte a que respeitam os dados, à UCGIC e à URGIC a produção efectivamente realizada, a produção prevista e a adequação do agendamento face à priorização e antiguidade de inscrição;
- m) Garantir a apresentação de relatórios sobre a situação do utente à data da alta hospitalar com vista a ser presente ao médico assistente, incluindo informação sobre protocolo operatório, lista de sequelas e complicações, medicação e outros tratamentos administrados durante o internamento, achados clínicos decorrentes dos exames, das observações e da cirurgia, prescrição para ambulatório e outras recomendações;

- n) Informar mensalmente a UCGIC/URGIC a respeito da gestão do SIGIC de acordo com os indicadores definidos para a prática de monitorização.

11 – As áreas ou serviços dos hospitais envolvidos nos procedimentos cirúrgicos são responsáveis pelas seguintes actividades:

- a) Validar a situação do utente face aos critérios clínicos definidos para inscrição do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia do hospital;
- b) Desenvolver e manter actualizado o catálogo de procedimentos cirúrgicos oferecidos pelo serviço, garantindo que a cada um está associado o código do sistema de codificação (CID 9-MC);
- c) Seleccionar os utentes para a programação cirúrgica de acordo com os critérios de antiguidade e prioridade;
- d) Informar imediatamente a UHGIC de qualquer modificação referente ao utente que determine a sua substituição ou condicione uma alteração na sua posição na lista de inscritos para cirurgia.

PARTE II

DEFINIÇÕES E CONCEITOS BÁSICOS

12 - Para efeitos do disposto no presente **Regulamento**, entende-se por **Lista de Inscritos para Cirurgia** (LIC) o conjunto de processos dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, a realizar de forma programada e independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, prescrita e validada por médicos especialistas num hospital do SNS, e para a qual esses mesmos utentes já deram o seu consentimento.

13 - A LIC inclui os utentes propostos para intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada e os utentes propostos em urgências diferidas.

14 - Não se incluem na LIC:

- a) Os utentes propostos para pequenas cirurgias, salvo os casos devidamente justificados em que seja indispensável a anestesia geral ou loco-regional e a utilização do bloco operatório;
- b) Os utentes propostos para procedimentos cirúrgicos a realizar fora do bloco operatório de cirurgia convencional ou ambulatoria;
- c) Os utentes propostos para procedimentos cirúrgicos a realizar no bloco operatório do Serviço de Urgência.

15 - Por **urgência diferida** entende-se a situação em que um utente que se encontra em crise aguda é proposto para uma intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada.

16 - Entende-se por **registo cancelado** a anulação do registo de um processo na LIC determinado por motivos supervenientes à inscrição, clínicos ou outros, originados por vontade do utente ou não, que impeçam a realização da intervenção cirúrgica programada.

17 - Entende-se por **registo pendente** uma alteração temporária do registo de um processo na LIC que, a pedido do utente fundado em motivo plausível, fica suspenso por um período definido de tempo, findo o qual é novamente activado, mantendo-se o interesse do utente em submeter-se a uma intervenção cirúrgica.

gica no hospital onde está inscrito. Pode também um registo ficar pendente, a pedido do médico proponente, caso se verifique uma situação clínica que impossibilite temporariamente o utente de ser operado.

18 - Entende-se por **registo activo** o registo de um processo na LIC de um utente previamente inscrito, correctamente preenchido e introduzido no sistema informático, acompanhado da proposta de cirurgia, da nota de consentimento e da validação da inscrição, e, que não se encontra suspenso.

19 - Durante o período de tempo em que o **registo** está **suspenso**, o utente não é convocado para a realização da intervenção cirúrgica, de qualquer tratamento ou de quaisquer exames pré-cirúrgicos.

20 - Entende-se por **tempo de espera** o número de dias de calendário que medeia entre o momento em que é proposta uma intervenção cirúrgica pelo médico especialista e a realização da mesma.

21 - Entende-se por **tempo médio de espera** a mediana do tempo de espera dos utentes com registos activos.

22 – Entende-se por **tempo máximo de espera** o período máximo de dias durante o qual o utente pode aguardar a realização da intervenção cirúrgica, contabilizando-se o tempo em que o utente esteve com a sua inscrição activa.

23 - O período de tempo em que o registo se encontra suspenso não conta para o cálculo do tempo de espera do utente na lista de inscritos.

24 - Por **hospital de origem** entende-se a unidade hospitalar do SNS onde é realizada, pela primeira vez, o registo do utente na lista de inscritos para o tratamento cirúrgico em causa.

25 - A expressão **hospital de destino** refere-se à unidade hospitalar do SNS ou unidade convencionada, distinta do hospital de origem, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada como necessária para o utente aquando do registo na LIC.

26 – Uma **intervenção cirúrgica** acontece quando um ou mais actos operatórios são realizados por um ou mais cirurgiões no bloco operatório, na mesma sessão.

27 – Uma **cirurgia programada** é aquela que é efectuada no bloco operatório com data de realização previamente marcada e não inclui a pequena cirurgia.

28 – Uma **cirurgia de ambulatório** é uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais legis artis, em regime de admissão e alta no período máximo de vinte e quatro horas e que é classificável de acordo com a tabela da Ordem dos Médicos num procedimento associado a um valor superior ou igual a 50K.

29 – Uma **pequena cirurgia** é uma intervenção cirúrgica com valor inferior a 50 K, conforme a tabela da Ordem dos Médicos.

30 – Denominam-se **intercorrências** todas as situações passíveis de causar limitações à normal função de órgãos e sistemas do utente, como acidentes ou eclosão de patologias independentes.

31 – Consideram-se **complicações** todas as situações novas de doença ou limitação que surjam na sequência da instituição das terapêuticas e não sejam implicáveis a situações independentes dos procedimentos instituídos.

32 – Um **diagnóstico pré-operatório** descreve os problemas ou condições patológicas que originam a indicação cirúrgica.

33 – Um **diagnóstico base** sintetiza a informação dos diagnósticos que conduziram ao diagnóstico pré-operatório.

34 – Entende-se por **nota de consentimento** o documento que recolhe o consentimento do utente para o procedimento cirúrgico proposto e para o conjunto de normas do Regulamento do SIGIC que servirão de base para a gestão da proposta cirúrgica.

35 – Por **processo do utente** entende-se o conjunto de documentos com informação relevante para a gestão da proposta cirúrgica, sem prejuízo do disposto no nº67.

36 – Entende-se por **produção base** a produção contratada no início do ano considerando o histórico de produção do hospital e a evolução da sua procura.

37 – Entende-se por **produção adicional** a produção contratada no início do ano para fazer face à procura não satisfeita pela produção base, provenha esta directamente dos utentes do hospital ou de outros hospitais.

37.1 – Consiste ainda em toda a produção cirúrgica efectuada por entidades privadas ou sociais em sede das convenções estabelecidas no âmbito do SIGIC.

PARTE III

DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES

38 - Para efeitos do disposto no presente Regulamento, aos utentes são reconhecidos os seguintes direitos:

- a) Fornecer o seu consentimento por escrito para a proposta de intervenção cirúrgica e aceitar as normas e Regulamento em vigor;
- b) Invocar motivo plausível para a não comparência na cirurgia e nos episódios associados ao procedimento cirúrgico proposto para os quais tenha sido convocado, quando estes tenham que ter lugar;
- c) Dispor de uma garantia de tratamento dentro do período máximo de espera definido nos termos deste Regulamento;
- d) Apresentar reclamação escrita sempre que se verificar alguma irregularidade em alguma das fases do procedimento.

39 - Os utentes, para efeito do disposto no presente Regulamento, estão obrigados ao cumprimento dos seguintes deveres:

- a) Manter actualizados os dados constantes do seu registo na lista de inscritos para cirurgia, informando a UHGIC da alteração de qualquer dos elementos que constam do seu processo, designadamente os contactos;
- b) Informar imediatamente a UHGIC de qualquer situação que impossibilite ou determine o adiamento

to da realização da intervenção cirúrgica programada;

- c) Comparecer a todos os episódios associados ao procedimento cirúrgico proposto ou justificar a sua ausência nos termos deste Regulamento.

40 – A UHGIC avalia os fundamentos invocados pelo utente para suportar uma acção ou omissão relativa à sua participação no processo da lista de inscritos para cirurgia que qualifica ou não como motivo plausível para a conduta adoptada.

41 - Sempre que o motivo for do âmbito profissional ou clínico, a apresentação desta justificação deverá ser acompanhada de declaração da entidade patronal ou de atestado médico, respectivamente.

42 - A reclamação prevista na alínea d) do n.º38 é entregue à UCGIC/URGIC, no prazo de vinte dias úteis sobre a ocorrência ou seu conhecimento e deve conter a identificação completa do utente e do processo, bem como a exposição clara da situação verificada.

PARTE IV PROCEDIMENTO DE GESTÃO DE INSCRITOS PARA CIRURGIA

43 – **Critérios de inclusão de utentes** na Lista de Inscritos para Cirurgia:

- a) São inscritos os processos dos utentes que aguardam a realização de um procedimento cirúrgico para o qual o hospital prevê utilizar os recursos adstritos à cirurgia programada;
- b) São igualmente inscritos os processos dos utentes em situação de urgência diferida, dispensando-se as formalidades que não puderem ser efectuadas previamente por motivos clínicos.

44 - A **proposta de cirurgia** deve ser fornecida pelo sistema informático e conter pelo menos informação nos seguintes elementos:

- a) Identificação do utente no hospital:
- aa) Nome completo;
 - ab) Número do processo;
 - ac) Número do cartão de utente;
 - ad) Data de nascimento;
 - ae) Sexo;
 - af) Morada completa;
 - ag) Contactos telefónicos;
- b) Identificação da entidade/subsistema a que pertence o utente e respectivo número de beneficiário;
- c) Identificação do hospital e identificação do Serviço;
- d) Identificação da cirurgia proposta:
- da) Identificação do diagnóstico base, breve descrição e código de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças (CID 9-MC);

- db) Identificação dos diagnósticos pré-operatórios, breve descrição e código de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças (CID 9-MC);
- dc) Procedimentos cirúrgicos previstos, breve descrição e códigos de procedimento cirúrgico da Classificação Internacional de Doenças (CID 9-MC);
- dd) Tipo de cirurgia, ambulatoria ou convencional.
- e) Indicação do nível de prioridade, devendo fundamentar-se sempre que for superior ao nível base, de acordo com o MGIC;
- f) Identificação do Médico Assistente:
 - fa) Nome clínico;
 - fb) Vinheta;
 - fc) Assinatura;
 - fd) Data.

45 - Depois de devidamente preenchida, a proposta de cirurgia é entregue ao responsável pelo Serviço Cirúrgico e ao utente pelo médico que realizou o atendimento.

46 - A **nota de consentimento** visa esclarecer o utente sobre os seus direitos e deveres e recolher a sua aprovação relativamente à proposta de intervenção cirúrgica e o compromisso pelo cumprimento das normas do Regulamento do SIGIC.

47 - A nota de consentimento não dispensa a entrega de outras declarações exigidas para a realização de uma intervenção cirúrgica nos termos da lei em vigor.

48 - A nota de consentimento é obrigatoriamente assinada pelo utente, que, se não puder assinar, se pode fazer substituir por representante legal.

49 - A nota de consentimento é entregue na UHGIC do hospital onde foi feito o atendimento, no prazo de dez dias úteis.

50 - A falta de entrega da nota do consentimento ou a sua entrega extemporânea determinam o cancelamento do procedimento de registo do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia.

51 - O responsável pelo Serviço Cirúrgico deverá, no prazo de cinco dias úteis, conferir se a cirurgia proposta está de acordo com a legis artis e com a orientação do serviço, e, em caso afirmativo, validar a indicação de cirurgia através da aposição da sua assinatura em documento que entrega na UHGIC.

52 - Caso o responsável do Serviço Cirúrgico conclua que a cirurgia proposta não está conforme nos termos do número anterior, deverá fazer constar essa indicação num campo do documento destinado para o efeito e comunicar essa decisão ao médico proponente que, no prazo de dois dias úteis, convoca o utente para consulta para redefinição de orientação terapêutica.

53 - O registo do utente na LIC pressupõe uma proposta de cirurgia validada e consentida nos termos deste Regulamento e é activado pela UHGIC quando é emitido o **certificado de inscrição** que é enviado ao utente no prazo de cinco dias úteis.

54 - O certificado de inscrição é o documento comprovativo da inscrição do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia.

55 - A **programação cirúrgica dos utentes** deve obedecer aos seguintes critérios, partindo do mais importante:

- a) **Prioridade clínica** estabelecida pelo médico especialista em função da patologia de base, gravidade, impacte na vida do utente e velocidade de progressão da doença;
- b) **Antiguidade na LIC**, em caso de igual prioridade clínica será seleccionado em primeiro lugar o utente que se encontre inscrito na lista há mais tempo;

56 - À data do agendamento da cirurgia ou da transferência do utente, a informação relativa à existência de patologias ou problemas associados e necessidades peri-operatórias específicas do utente deverá estar actualizada e constante do processo.

57 - O utente pode solicitar a **suspensão do agendamento da cirurgia**, aplicando-se o disposto no n.º 90.

58 - A **transferência** do processo de utentes para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas é obrigatória sempre que o hospital de origem, com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro do tempo máximo de espera.

59 - A obrigação prevista no número anterior cessa exclusivamente quando se verificar uma das seguintes circunstâncias:

- a) Vontade do utente expressa nos termos previstos neste Regulamento;
- b) Quando o hospital de origem proceda à marcação da cirurgia até ao limite de 100% do tempo máximo de espera.

60 - Sem prejuízo do disposto no n.º 59, decorrido 75% do tempo máximo de espera sem que tenha sido marcada a cirurgia pelo hospital de origem, a UCGIC selecciona outro hospital do SNS com capacidade para realizar a cirurgia de acordo com os seguintes critérios:

- a) Disponibilidade de capacidade;
- b) Proximidade da residência do utente: mesmo distrito; distritos limítrofes; mesma região de saúde; regiões de saúde limítrofes.

61 - Iniciada a fase de transferência, o hospital de origem fica impedido de realizar o agendamento de consultas, tratamentos pré-cirúrgicos ou a intervenção cirúrgica proposta.

62 - A UCGIC comunica ao utente a transferência para outra unidade hospitalar que identifica, bem como o disposto no número seguinte.

63 - O utente pode recusar a transferência do seu processo para outra unidade hospitalar, através de documento escrito a enviar para a UCGIC no prazo de dez dias úteis a contar da notificação da transferência, presumindo-se a sua aceitação caso nada seja informado.

64 - A oponibilidade pode ser comunicada através de qualquer meio escrito: carta, telefax ou correio electrónico.

65 - Verificando-se a oponibilidade do utente nos termos do número anterior, o respectivo processo mantém-se na LIC do hospital de origem, reiniciando-se a contagem do tempo de espera a partir da data em que é comunicada a oponibilidade do utente.

66 - A oponibilidade à transferência é da responsabilidade do utente.

67 - Aceite a transferência, a UCGIC informa a UHGIC do hospital de destino dos dados pessoais e clínicos do processo do utente a transferir e, simultaneamente, dá instruções à UHGIC do hospital de origem para proceder ao **envio do processo** do utente para o hospital de destino.

68 - Após a conclusão do episódio no hospital de destino, o processo do utente deverá ser devolvido ao hospital de origem e completado com toda a informação pessoal e clínica eventualmente recolhida sobre o utente no hospital de destino num prazo máximo de 5 dias.

68.1- O hospital de destino deverá ficar com cópia dos elementos do processo necessários ao acompanhamento do utentes até à sua completa recuperação num mínimo de dois meses após alta Hospitalar.

69 – A UHGIC do hospital de destino em articulação com os Serviços respectivos, procede à marcação da cirurgia aplicando-se os procedimentos previstos neste Regulamento para a fase de admissão à cirurgia.

70 - O disposto nos números 62 a 68 aplica-se, com as devidas adaptações, à situação decorrente da emissão do vale-cirurgia.

71 - Decorrido 100% do tempo máximo de espera sem que tenha sido realizada a cirurgia pelo hospital onde o processo do utente se encontra activo, a UCGIC emite um **vale-cirurgia** a favor do utente.

72 - O vale-cirurgia também pode ser emitido nos casos em que, tendo decorrido 75% do tempo máximo de espera, não existe nenhum hospital integrado no SNS com capacidade disponível para agendar a intervenção cirúrgica até ao limite do tempo máximo de espera.

73 – O vale-cirurgia habilita o utente a marcar a cirurgia directamente numa das entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde convencionadas para o efeito.

74 – O vale-cirurgia é um documento pré-numerado, pessoal e intransmissível e só pode ser utilizado para a realização da cirurgia proposta, ou equivalente.

75 - O vale-cirurgia é válido pelo período correspondente a 25% do tempo máximo de espera.

76 - O vale-cirurgia é enviado ao utente por via postal, em correio registado, e a sua boa recepção determina a suspensão da contagem do tempo de espera até ser utilizado.

77 - Ao enviar o vale-cirurgia ao utente, a UCGIC:

- a) Identifica as entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde convencionadas com capacidade para realizar a intervenção cirúrgica;
- b) Especifica que o utente é livre de escolher qualquer uma das entidades privadas convencionadas indicadas;
- c) Indica a validade do vale-cirurgia;
- d) Explicita as consequências da não utilização do vale-cirurgia.

78 - A **não utilização do vale-cirurgia** dentro da sua validade implica o cancelamento do processo do utente na LIC do hospital de origem.

79 - O utente pode apresentar motivo plausível para a não utilização atempada do vale-cirurgia, sendo o mesmo avaliado pela URGIC ou UCGIC.

80 - O hospital de destino antes de proceder à marcação da cirurgia efectua a avaliação da situação clínica do utente e realiza os exames complementares de diagnóstico, os tratamentos pré-operatórios e as consultas pré-anestésicas necessárias.

81 – O hospital de destino realiza a intervenção cirúrgica no prazo máximo de 25% do tempo máximo de espera.

82 - O hospital de destino, após a realização da intervenção cirúrgica e de todos os procedimentos pós-operatórios, verifica se todos os registos informáticos estão correctos e emite dois certificados de alta destinados um ao utente e outro à URGIC, se não tiver havido lugar a uma intervenção deve notificar a URGIC e a UCGIC de tal facto, respectiva justificação e certificar-se que foram efectuados os respectivos registos informáticos.

83 - O hospital de destino é responsável pelos tratamentos e intercorrências até à alta hospitalar, pela continuação dos tratamentos, após a alta do internamento, de todas as intercorrências de sua responsabilidade ocorridas durante o internamento assim como de quaisquer complicações identificadas no período de dois meses após a alta.

84 – Salvo o disposto no número anterior, todos os tratamentos ou consultas posteriores são realizados no hospital de origem.

85 – No âmbito da gestão das transferências, as URGIC e UCGIC:

- a) Adoptam as acções necessárias para fomentar a adequação da oferta dos serviços das unidades convencionadas com a procura de procedimentos cirúrgicos dos hospitais da rede do SNS;
- b) Garantem o cumprimento das transferências emitidas para cada um dos hospitais;
- c) Monitorizam os fluxos de transferências, quer entre os hospitais da rede SNS como para a rede convencionada;
- d) Supervisionam a actividade dos hospitais da rede SNS e das unidades convencionadas no que concerne a transferências de utentes e produção cirúrgica contratada.

86 – A URGIC e UCGIC estabelecem os mecanismos adequados para assegurar:

- a) A correcta e fluida comunicação entre as diferentes partes implicadas;
- b) A realização dos procedimentos cirúrgicos por parte dos hospitais do SNS e das entidades convencionadas dentro do prazo admissível;
- c) A veracidade e a actualidade dos dados contidos na Lista de Inscritos;
- d) O controlo de qualidade do circuito estabelecido.

87 - As URGIC recolhem mensalmente junto das unidades prestadoras e fornecem à UCGIC, informação sobre a situação dos utentes admitidos ou transferidos, e avaliam as tendências verificadas, designadamente:

- a) Recusas de intervenção por parte do utente, incluindo situações de falta de comparência;
- b) Cancelamentos por revisão de indicação cirúrgica;
- c) Recusas do hospital de destino por condicionantes da actividade clínica;
- d) Número de intervenções cirúrgicas realizadas.

PARTE V

MOVIMENTOS NA LISTA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA

88 - Os movimentos na LIC revestem as seguintes modalidades:

- a) Suspensão da inscrição;
- b) Saída;
- c) Perda de antiguidade.

89 - A gestão dos movimentos na LIC é efectuada pela UHGIC do hospital de origem.

90 - Enquanto não for transferido, o utente pode requerer por três vezes a suspensão da sua inscrição na LIC invocando motivo plausível por um período total de tempo inferior ao tempo máximo de espera.

91 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, a suspensão pode também ser determinada por motivos médicos devidamente justificados, antes ou após uma transferência.

92 - Durante o período de suspensão o utente não pode ser transferido nem é contactado para efeitos de marcação da cirurgia ou de consultas ou tratamentos pré-operatórios, mas a inscrição na LIC permanece válida, interrompendo-se a contagem do tempo de espera.

93 - Os motivos de **saída do utente da LIC** são os seguintes:

- a) Realização da cirurgia;
- b) Cancelamento da indicação para cirurgia;
- c) Desistência;
- d) Incumprimento das normas do Regulamento do SIGIC;
- e) Suspensão do processo, a pedido do utente, por um período total de tempo superior ao tempo máximo de espera;
- f) Óbito.

94 - Quando a cirurgia é realizada no hospital de origem ou no hospital de destino, a data de saída da LIC coincide com a data da intervenção cirúrgica.

95 - Quando a cirurgia é realizada em outra unidade hospitalar por iniciativa do utente, a data de saída da LIC coincide com a data do contacto que informou essa situação, devendo a UHGIC, ou, a UCGIC no caso desta situação ser diagnosticada durante o processo de transferência, enviar uma comunicação por escrito ao utente a confirmar a sua saída da LIC.

96 - Quando motivos clínicos aconselhem o **cancelamento da indicação para cirurgia**, o médico especialista formaliza essa decisão junto da UHGIC do hospital onde o processo do utente se encontra através de documento escrito que é anexo ao processo clínico do utente e, neste caso, a data de saída da LIC coincide com a recepção do documento na UHGIC.

97 - O utente pode desistir do procedimento de inscrição efectuado na sequência da emissão da proposta de cirurgia, devendo comunicar a sua decisão à UHGIC por qualquer meio escrito.

98 - O **incumprimento das normas** deste Regulamento determina a saída da LIC, quando o utente:

- a) Recusa, pela terceira vez, uma data para a realização da cirurgia sem apresentar motivo plausível;
- b) Falta, por três vezes, aos episódios pré-operatórios ou à intervenção proposta, sem justificar a falta com motivo plausível ;
- c) Fica incontactável pelos meios de contacto que indicou no momento da inscrição.

99 - As datas para realização da cirurgia, para efeitos do disposto na alínea a) do número anterior devem ter entre elas um intervalo de, pelo menos, cinco dias úteis.

100 - O registo de saída do processo do utente na LIC é formalizado mediante documento emitido pela UHGIC, ou pela UCGIC no caso da saída ser efectuada aquando da transferência e inclui a seguinte informação:

- a) Data da saída da LIC;
- b) Motivo de saída.

101 - O **registo de saída** é notificado ao utente pessoalmente ou através de carta registada.

102 - A **perda de antiguidade** na LIC é determinada pela recusa de transferência para outra unidade hospitalar.

PARTE VI FINANCIAMENTO

103 – O financiamento da produção base referida no número 36 consta do anexo I dos respectivos contratos-programa.

104 – O financiamento da produção adicional referida no número 37 consta de despacho do Ministro da Saúde.

10.4.1. Adenda ao Regulamento do SIGIC

Portaria nº ____ /05

A Resolução do Conselho de Ministros nº79/2004, de 3 de Junho, publicada no Diário da República, 1ª série-B, de 24 de Junho de 2004, criou o Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), remetendo, para o seu regulamento a definição da organização, gestão e fiscalização do SIGIC.

O que veio a acontecer com a sua aprovação da Portaria nº1450/2004, de 25 de Novembro.

Da aplicação e interpretação deste diploma verificaram-se algumas situações passíveis de criar dúvidas aos intervenientes no processo de gestão do utente na lista de inscritos para cirurgia, principalmente no que diz respeito à fase da transferência para outras entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou convenionadas – hospitais de destino e hospitais de origem.

Uma vez que esta situação de incerteza poderá ser indutora da burocratização do processo de transferência do utente, com o consequente aumento do respectivo tempo de espera, é necessário proceder ao estabelecimento de procedimentos de aplicação uniforme para todas as instituições.

Assim, de harmonia com o disposto no nº 6 da Resolução do Conselho de Ministros nº79/2004, de 3 de Junho, publicada no Diário da República, 1ª série-B, de 24 de Junho, manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte:

1º Os encargos com as transferências e respectiva devolução do utente e processo clínico que ocorram no âmbito do Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) são da responsabilidade do hospital de origem.

2º Nos casos de devolução ao hospital de origem que a Administração Regional de Saúde respectiva (ARS) venha a considerar injustificadas, os encargos com a transferência e respectiva devolução do utente e processo clínico, serão da responsabilidade do hospital que devolver o processo.

3º - Nos casos em que o utente opte por uma entidade convencionada com a ARS dos hospital de origem, privada ou social, que não conste do directório apresentado no vale-cirurgia, os encargos com a transferência serão da responsabilidade do utente.

4º Se o hospital de destino não puder realizar a cirurgia inscrita no vale-cirurgia, por entender que o processo clínico do utente não contém informação suficiente, nomeadamente no que se refere a meios complementares de diagnóstico, deve, justificando a sua pretensão, solicitar esta informação ao hospital de origem.

5º O hospital de origem dispõe de 15 dias úteis, após a solicitação para juntar ao processo a informação solicitada pelo hospital de destino ou para contestar a pretensão.

6º No caso previsto no número anterior in fine, o hospital de destino pode:

- a) Efectuar os exames que considera necessários, sem encargos para o hospital de origem ou,
- b) Devolver o processo.

7º Ultrapassado o prazo a que se refere o nº 5 e na ausência de resposta por parte do hospital de origem, o hospital de destino realizará os meios complementares de diagnóstico e consultas necessários à correcta avaliação da proposta, assim como os necessários à realização da cirurgia com segurança, sendo os respectivos encargos da responsabilidade do hospital de origem.

8º Se o prazo referido no nº 5 não puder ser respeitado por facto imputável ao utente, nomeadamente não comparência à realização de meios complementares ou consultas agendadas para o efeito, dar-se-á a suspensão da sua contagem até que o utente se apresente a realizar os actos em falta.

9º No âmbito do SIGIC e para efeitos dos encargos referidos no nº7, o hospital de destino está obrigado à prática dos valores constantes da Portaria nº 132/2003, de 5 de Fevereiro, que determina os preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do Serviço Nacional de Saúde.

10º Para efeitos no disposto no nº4 não serão considerados os meios complementares inerentes à rotina pré-operatória.

11º Para efeitos do disposto no número anterior, são considerados meios complementares inerentes à rotina pré-operatória os seguintes:

- a) Radiografia convencional do Tórax,
- b) Hemograma
- c) Glicemia
- d) Urémia
- e) Creatininémia
- f) Tempo de protrombina
- g) Tempo parcial de tromboplastina activado),
- h) Ionograma
- i) Proteínograma
- j) TGO(ASAT – Aspartato amino transferase)
- k) TGP (ALAT – Alanina amino transferase)
- l) Gama glutamil transpeptidase
- m) Urina tipo II
- n) Electrocardiograma

12º A alínea b) do artigo 98º, do regulamento do sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia, passa a ter a seguinte redacção: “Falta aos episódios pré-operatórios ou à intervenção proposta, sem justificar a falta com motivo plausível, ou à terceira vez mesmo apresentando motivos plausíveis.

1 de Fevereiro de 2005,

O Ministro da Saúde

(Luís Filipe Pereira)

10.5. Perguntas frequentes para utentes

Inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia

1. A quem me dirijo para esclarecer as minhas dúvidas sobre a inscrição na lista para cirurgia?

Deve dirigir-se à UHGIC do hospital em que foi inscrito para cirurgia. Esta unidade é responsável por prestar esclarecimentos sobre todos os aspectos relacionados com o estado do processo, incluindo resposta a sugestões e encaminhamento de reclamações.

2. O que é a UHGIC - Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia?

A Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC) é o órgão responsável ao nível do hospital pelo acompanhamento do seu processo no hospital, desde que é diagnosticado a necessidade de ser operado até que a operação se realize ou que o utente desista da realização desta. A UHGIC é também responsável pelo esclarecimento de todas as dúvidas dos utentes que possam surgir ao longo do processo de inscrição para uma intervenção cirúrgica proposta pelo seu médico numa consulta, e ainda pela recepção e tratamento de sugestões e reclamações.

3. O que é a UCGIC - Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia?

A Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC) é o órgão responsável pelo acompanhamento nacional da evolução da Lista de Inscritos, pela definição e realização das transferências de utentes entre hospitais e ainda pela emissão dos vales-cirurgia. Qualquer dúvida que lhe possa surgir sobre o processo de transferência deverá ser esclarecido com esta unidade.

4. Quando é que eu sou inscrito na lista?

A sua inscrição na lista de inscritos para cirurgia é realizada após a consulta externa onde o seu médico diagnosticou a necessidade realizar uma cirurgia, preencheu a sua proposta de cirurgia e lhe entregou uma nota de consentimento para assinar. Embora a data de inscrição corresponda à data desta consulta, a sua inscrição na lista só será efectuada após a entrega no hospital da nota de consentimento devidamente assinada e no máximo em 10 dias úteis após a realização da consulta. Para comprovar que o seu processo de inscrição foi realizado com sucesso, receberá em sua casa um certificado de inscrição.

5. O que é a nota de consentimento?

A nota de consentimento é um documento que comprova o seu interesse em ser operado de acordo com a proposta do seu médico. Dá-lhe a conhecer os direitos e os deveres que lhe são reconhecidos pela sua inscrição na lista de inscritos para cirurgia no hospital. A nota de consentimento ser-lhe-á entregue pelo seu médico na consulta de que resultou a proposta de cirurgia. Deverá, pela sua própria mão ou de um representante (no caso de não saber ou não poder assinar), assiná-la e entregar durante a própria consulta ou enviá-la para a UHGIC do hospital no prazo de 10 dias úteis.

6. Quanto tempo é que tenho para devolver a nota de consentimento assinada?

Deverá devolver a nota de consentimento assinada no momento da consulta em que foi proposto para cirurgia ou, em alternativa, enviá-la por correio para a UHGIC num prazo máximo de 10 dias úteis.

7. Se não enviar a nota de consentimento no prazo de 10 dias úteis para o hospital, o que acontece?

Caso a nota de consentimento não seja enviada atempadamente para a UHGIC ou não se encontre devidamente assinada, não será inscrito na lista para cirurgia, uma vez que não deu autorização para tal. Se, posteriormente ao prazo de 15 dias, o hospital vier a receber a sua nota de consentimento devidamente assinada e considerar ainda oportuno, poderá ainda ser inscrito na lista, o hospital poderá optar por considerar a sua data de inscrição como a da recepção deste documento pelo hospital, e não a da consulta.

8. O que é o certificado de inscrição?

O certificado de inscrição é o documento que comprova a sua inscrição para cirurgia proposta pelo seu médico e ao qual deu o seu consentimento, e inclui informação sobre as principais normas e regras de funcionamento/gestão da lista de inscritos. Este certificado será enviado para a sua morada após a recepção pelo hospital da nota de consentimento por si assinada. Deverá conservar este documento até à realização da cirurgia.

9. Quanto tempo tenho de esperar para receber o certificado de inscrição?

Deverá receber o certificado de inscrição no prazo máximo de duas semanas após a data de recepção da nota de consentimento pela UHGIC. Caso não receba o certificado de inscrição, ou não seja contactado pelo hospital neste prazo, deverá contactar a UHGIC para se inteirar do seu processo.

10. Quais os meus direitos quando estou inscrito para cirurgia?

Os seus direitos enquanto inscrito para cirurgia são os seguintes:

- a) Dar o seu consentimento por escrito para a proposta de cirurgia e aceitar as normas e Regulamento do SIGIC em vigor;
- b) Receber o certificado de inscrição no prazo de duas semanas após a entrega da nota de consentimento ao hospital;
- c) Não comparecer quando convocado aos episódios pré-operatórios e à cirurgia mediante a apresentação de um motivo plausível (no máximo duas vezes);
- d) Receber tratamento dentro do período máximo de espera definido pelo Ministério da Saúde (12 meses);
- e) Recusar a data de agendamento da cirurgia proposta pelo hospital sem necessidade de apresentar um motivo plausível (até um máximo de duas vezes);
- f) Solicitar a alteração do estado da sua inscrição para “pendente” por motivo plausível, pessoal ou clínico;
- g) Saber em que fase do processo é que se encontra a sua inscrição junto da UHGIC do hospital em que se inscreveu;
- h) Receber informação que lhe permite decidir qual o hospital mais aconselhado para o seu tratamento em caso de transferência para fora do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- i) Receber tratamento pós-operatório no hospital de origem, ou, em caso de transferência, no hospital em que foi operado durante um período de tempo predefinido após a intervenção cirúrgica (decorrido este período e, caso seja necessário, receberá tratamento no seu hospital de origem);

j) Apresentar reclamação por escrito sempre que detectar alguma irregularidade enquanto inscrito para cirurgia.

Caso tenha alguma dúvida sobre os seus direitos ou obrigações, deverá contactar a UHGIC do hospital em que foi inscrito para cirurgia.

11. Que obrigações tenho perante o hospital em que estou inscrito para cirurgia?

As obrigações que tem perante o hospital em que está inscrito são as seguintes:

- a) Aceitar as normas e o Regulamento em vigor caso dê o seu consentimento por escrito para ficar inscrito para a cirurgia proposta pelo médico;
- b) Manter permanentemente actualizados os seus contactos pessoais e os dados do seu registo na Lista de Inscritos para Cirurgia junto da UHGIC do hospital em que se encontra inscrito para cirurgia;
- c) Enviar a nota de consentimento para o hospital devidamente assinada no prazo de 10 dias úteis a contar da data da consulta;
- d) Comunicar ao hospital toda e qualquer situação que impeça e/ou adie a realização da cirurgia para a qual se encontra inscrito;
- e) Comparecer às consultas e exames pré-operatórios e tratamentos pós-operatórios, ou entregar justificação com motivo plausível em caso de falta de comparência no prazo de 5 dias úteis;
- f) Comparecer à cirurgia na data estipulada, ou apresentar justificação com motivo plausível no prazo de 5 dias úteis em caso de falta de comparência;
- g) Aceitar alternativas de tratamento propostas pelo SNS, nomeadamente a transferência para outro hospital SNS e emissão do vale-cirurgia.

Caso tenha alguma dúvida sobre os seus direitos ou obrigações, deverá contactar a UHGIC do hospital em que foi inscrito para cirurgia.

12. O que é um episódio?

Episódio corresponde a consultas, exames pré-operatórios e tratamentos pós-operatórios relacionados com a cirurgia para o qual está inscrito.

13. O que é um motivo plausível?

Motivo plausível é a justificação por escrito dada pelo utente considerada suficiente para justificar a sua falta de comparência ao episódio convocado pelo hospital. Sempre que o motivo da falta for profissional ou clínico, deverá apresentar esta justificação juntamente com uma declaração da entidade patronal ou de atestado médico, respectivamente. A justificação da falta deverá ser apresentada à UHGIC num prazo de 5 dias úteis após a não comparência ao episódio.

14. Como e qual o prazo para apresentar uma reclamação?

A reclamação deve ser apresentada no prazo de 10 dias úteis a contar do dia em que ocorreram os factos ou que teve conhecimento dos mesmos, devendo conter a identificação completa do utente e do processo, bem como a descrição clara da situação verificada.

15. Caso não cumpra as minhas obrigações, quais as consequências?

No caso de não cumprir as suas obrigações, a sua inscrição na lista de inscritos poderá vir a ser cancelada. Se a sua inscrição for cancelada e pretender voltar a ser inscrito, terá de marcar uma nova consulta com o seu médico.

No caso particular de não aceitar o vale-cirurgia ou a transferência para outro hospital do SNS, a sua data de inscrição será mantida no seu hospital mas a data de inscrição será actualizada para a data em que comunicou que não desejava aceitar o vale-cirurgia ou a transferência para outro hospital SNS.

16. Posso inscrever-me em mais do que um hospital para tratar a mesma doença?

Não pode inscrever-se em mais do que um hospital para tratar a mesma doença. A partir do momento em que for inscrito num hospital, o seu processo passará a ser gerido a nível nacional, de modo a garantir que vai esperar o mínimo de tempo possível para ser operado. Caso seja necessário, o hospital em que se inscreveu poderá solicitar a outro hospital devidamente credenciado que trate do seu processo de forma a minimizar o tempo de espera. O próprio sistema informático não aceitará múltiplas inscrições.

17. Se mudar de endereço e/ou de número de telefone/telemóvel, o que devo fazer?

Deverá contactar a UHGIC do hospital em que se inscreveu para cirurgia, e comunicar esta alteração, para assim garantir que o hospital continua a poder contactá-lo.

18. O que devo fazer no caso de não poder ser operado em determinado período de tempo?

Deverá informar a UHGIC do hospital em que está inscrito de que não pode ser operado em determinado período de tempo e que a sua indisponibilidade é causada por motivos plausíveis (pessoais, clínicos ou profissionais), não devendo esse período ultrapassar o tempo máximo de espera fixado (12 meses). Deste modo, durante esse período de tempo, não será contactado pelo hospital para a realização de consultas, tratamentos ou mesmo da cirurgia mas garantirá o seu lugar na lista de inscritos. Durante esse período de tempo a sua inscrição fica suspensa, isto é, passa para o estado “pendente” e só voltará ao seu estado normal depois de terminado esse período.

O hospital também poderá pedir a suspensão da sua inscrição por motivos clínicos, caso se justifique, e será responsável por comunicar ao utente o motivo da suspensão.

19. Como é que posso ficar “pendente” na lista?

A sua inscrição ficará “pendente” na lista de inscritos caso tenha comunicado à UHGIC que não quer/pode ser operado durante um determinado período de tempo não superior a 12 meses. Caso o período de tempo ultrapasse 12 meses, a sua inscrição é cancelada e deverá marcar uma nova consulta no seu hospital. Durante o período em que estiver “pendente”, o hospital não o irá contactar para agendar tratamentos, consultas ou mesmo a sua cirurgia.

20. Que motivos posso invocar para ficar “pendente” na lista de inscritos?

Pode invocar motivos plausíveis (clínicos, pessoais ou profissionais), devendo sempre entregar um justificativo por escrito e assinado à UHGIC do hospital onde está inscrito. Por motivos clínicos, deverá entregar um atestado médico ao hospital a comprovar a sua situação clínica. Por motivos pessoais e profissionais, não é necessário entregar um documento justificativo ao hospital.

No entanto, apenas pode pedir 3 vezes o estado pendente da sua inscrição por motivos plausíveis, sendo que o período acumulado dos 3 pedidos não pode ultrapassar o tempo máximo de espera fixado (12 meses).

Caso o hospital considere que o motivo que apresenta não é plausível, a sua inscrição não ficará pendente e poderá ser contactado para agendamento a qualquer momento.

21. Quantas vezes posso pedir o estado “pendente” para a minha inscrição?

Pode pedir no máximo 3 vezes o estado “pendente” e desde que o período acumulado dos 3 pedidos não ultrapasse o tempo máximo de espera fixado (12 meses). Caso necessite suspender uma quarta vez, sugerimos que cancele a sua inscrição e que, quando considerar mais oportuno, marque uma nova consulta com o seu médico.

22. Quais as implicações de estar “pendente” na lista para cirurgia?

Enquanto a sua inscrição estiver “pendente”, o hospital em que está inscrito não o vai contactar para marcar a sua cirurgia. Ao mesmo tempo, a sua inscrição não perde a posição na lista, uma vez que terá prioridade sobre os utentes que foram inscritos em datas posteriores à da sua inscrição.

23. Como posso alterar o estado da minha inscrição?

Para alterar o estado da sua inscrição basta contactar a UHGIC do hospital em que se inscreveu, e pedir a alteração do estado da sua inscrição.

24. Como posso saber em que fase está a minha inscrição?

Qualquer informação sobre a fase em que se encontra o seu processo de inscrição poderá ser obtida junto da UHGIC do hospital em que está inscrito.

Agendamento da data da cirurgia

25. Após estar inscrito na lista de inscritos para cirurgia, em que hospital vou ser operado?

O hospital em que se inscreveu procurará marcar e realizar a sua cirurgia o mais rapidamente possível. Se, por falta de capacidade do hospital, não tiver a sua situação resolvida ou a cirurgia marcada no final de nove meses, o seu processo será analisado pela UCGIC que tomará uma de duas decisões:

- i. Caso o hospital em que se inscreveu se comprometa a operá-lo até ao prazo máximo de três meses, a sua cirurgia realizar-se-á no hospital onde se inscreveu;
- ii. Não sendo possível a primeira situação, a UCGIC procurará transferi-lo para um hospital do SNS que o possa operar no prazo de três meses.

Não sendo também possível a segunda situação, então será emitido e enviado por correio para a sua morada um vale-cirurgia que lhe dá a possibilidade de ser operado num hospital privado à sua escolha, com o qual o Ministério da Saúde tenha uma convenção.

Caso opte por ficar no hospital em que se encontra inscrito, a sua data de inscrição será actualizada para o momento em que recusou a opção de transferência para outro hospital.

26. Como vou ser contactado e por quem para a marcação da data da cirurgia?

A UHGIC do hospital em que se inscreveu irá contactá-lo através de telefone/telemóvel, e-mail ou carta registada. Na eventualidade de o hospital em que está inscrito não ter capacidade de resposta, o seu processo será transferido para outro hospital SNS ou, no limite, ser-lhe-á emitido um vale-cirurgia. Em qualquer caso, a unidade responsável tentará contactá-lo até três vezes, privilegiando o telefone/telemóvel e recorrerá à carta registada caso não consiga contactá-lo de outra forma.

27. O que são as consultas e exames pré-operatórios?

Anteriormente à marcação da sua cirurgia, poderá ser necessário realizar consultas e exames pré-operatórios ou avaliação pré-anestésica. A consulta pré-operatória terá lugar antes da sua cirurgia, a fim de o médico avaliar o seu estado de saúde nesse momento e confirmar se pode ou não ser operado. Os exames pré-operatórios servem para ajudar o médico a avaliar o seu estado de saúde e a evolução da doença que lhe foi diagnosticada. A avaliação pré-anestésica serve para avaliar se está preparado para a anestesia a que vai ser submetido durante a operação.

28. Caso falte às consultas e exames pré-operatórios, o que acontece?

Se faltar às consultas e exames pré-operatórios sem apresentar uma justificação plausível, a sua inscrição é cancelada da lista. Caso verifique que não lhe será possível atender à consulta ou exame pré-operatório, deverá procurar informar a UHGIC e tentar adiar a consulta ou os exames para outra data o mais rapidamente possível. Poderá adiar a sua consulta ou exame pré-operatório até duas vezes.

29. Quais os critérios de selecção dos utentes inscritos para cirurgia?

Os utentes são escolhidos de acordo com os seguintes critérios e pela seguinte ordem de prioridade:

1. Prioridade clínica, isto é, os casos mais urgentes serão tratados em primeiro lugar;
2. Antiguidade na lista, isto é, em utentes com igual prioridade clínica as inscrições mais antigas serão tratadas primeiro;
3. Consulta e exames pré-operatórios e avaliação pré-anestésica já realizados, isto é, os utentes que já tiverem realizado os todos procedimentos pré-operatórios requeridos serão agendados primeiro.

30. O que significa tempo máximo de espera?

O tempo de espera admissível corresponde ao número de dias de calendário estipulados anualmente como objectivo pelo Ministério da Saúde para o período máximo em que um utente pode estar à espera da realização de uma cirurgia. Para o ano de 2004, o valor definido é de 12 meses.

O período de tempo em que a sua inscrição esteve “pendente” não conta para o período de tempo de espera.

31. Que garantias tenho de ser operado dentro do tempo de espera admissível?

Caso o hospital em que se inscreveu não possa assegurar a realização da sua cirurgia, a UHGIC irá, a partir do 9º mês, procurar um outro hospital do SNS que assegure a sua cirurgia até ter alcançado um prazo de espera de um ano. Caso não exista na rede SNS um hospital com capacidade, a UHGIC emitirá e enviar-lhe-á um vale-cirurgia válido para os hospitais sociais e privados com as quais o Ministério da Saúde tem uma convenção. O utente poderá assim escolher o hospital que lhe é mais conveniente. Qualquer que seja o hospital que escolha, o Ministério da Saúde garantirá que será operado até atingir o prazo máximo de um ano a partir do momento em que lhe foi diagnosticado a necessidade de uma cirurgia.

32. No caso de não poder comparecer à cirurgia na data marcada, o que devo fazer?

Deverá avisar com antecedência a UHGIC do hospital em que se inscreveu de que não poderá ser operado na data marcada para a sua cirurgia. A não comparência à cirurgia sem qualquer justificação plausível implica o cancelamento da sua inscrição.

33. Quantas vezes posso adiar a marcação da minha cirurgia?

Poderá adiar até duas vezes a marcação da sua cirurgia caso não apresente justificação plausível. À terceira recusa da data de agendamento proposta pelo hospital, a sua inscrição será cancelada e caso deseje ficar inscrito para a cirurgia, terá que marcar uma nova consulta no seu hospital. Se necessitar de adiar a data da cirurgia, deverá contactar a UHGIC do hospital em que se encontra inscrito o mais rapidamente possível.

34. O que são os tratamentos pós-operatórios?

Consoante o tipo de intervenção cirúrgica, poderá ser necessário realizar tratamentos após a cirurgia, designados tratamentos pós-operatórios. Estes tratamentos são essenciais e parte integrante da cirurgia. O seu processo apenas estará concluído após estes tratamentos.

35. Após ser operado, onde vou receber os tratamentos ou realizar as consultas pós-operatórias?

O hospital em que foi operado é responsável por lhe providenciar os tratamentos pós-operatórios. No caso de ter sido transferido para outro hospital, os tratamentos e consultas pós-operatórios serão assegurados pelo hospital de destino durante um determinado período de tempo, que varia com o tipo de cirurgia realizada. Se após este período ainda necessitar de tratamentos pós-operatórios, estes serão assegurados pelo hospital de origem. Em qualquer caso, e sempre que seja conveniente e apropriado, o seu médico poderá sugerir a realização destes tratamentos no seu Centro de Saúde.

36. É possível saber quanto tempo vai demorar o meu tratamento, desde a cirurgia até final dos tratamentos pós-operatórios? Como?

O seu médico assistente deverá dar-lhe uma indicação da operação que irá realizar, das consultas e tratamentos pós-operatórios que irá necessitar, bem como, do tempo que estes tratamentos e consultas podem vir a tomar. Caso tenha alguma dúvida, deverá contactar a UHGIC do hospital em que se inscreveu.

Transferência de utentes**37. Quais as minhas alternativas caso o hospital em que estou inscrito não me possa operar dentro do tempo máximo de espera fixado?**

Se o hospital em que se inscreveu não conseguir agendar a sua cirurgia no prazo de 9 meses e não se comprometa em tratá-lo nos três meses seguintes, a UCGIC procurará um outro hospital do SNS que assegure a realização da sua cirurgia dentro do tempo máximo de espera (12 meses). A primeira alternativa será a transferência do seu processo para outro hospital da rede SNS com capacidade para o operar nos três meses seguintes. Caso não exista na rede SNS um hospital com capacidade, a UCGIC emitirá e enviar-lhe-á um vale-cirurgia válido para os hospitais sociais e privados com os quais o Ministério da Saúde tem uma convenção. O utente poderá assim escolher o hospital que mais lhe convier.

38. O que é o vale-cirurgia?

O vale-cirurgia é um documento pré-numerado, pessoal e intransmissível que dá ao utente o direito a realizar a cirurgia que lhe foi diagnosticada durante uma consulta, num hospital social ou privado com o qual o Ministério da Saúde realizou uma convenção.

39. Como sei se vou ser transferido para outro hospital?

Caso se verifique a necessidade de o transferir para outro hospital, será informado por carta enviada para a sua morada.

40. Quais as condições para ser transferido para outro hospital?

Só será transferido para outro hospital se o hospital em que se inscreveu não conseguir assegurar a realização da sua cirurgia num prazo máximo de um ano, se estiver à espera há mais de nove meses sem estar agendada a sua cirurgia, e se existir um outro hospital com as condições necessárias (nomeadamente capacidade) para o operar.

41. Caso seja transferido para outro hospital, o que devo fazer?

Caso tenha recebido uma nota de transferência para um hospital do SNS, deverá aguardar que o hospital para o qual foi transferido o contacte a fim de marcar a sua cirurgia ou, se necessário, as consultas e exames pré-operatórios.

Caso tenha recebido um vale-cirurgia, deverá seleccionar e contactar directamente um dos hospitais convenccionados pelo Ministério da Saúde. Para o apoiar neste processo ser-lhe-á enviado uma lista de hospitais sociais ou privados convenccionados juntamente com o vale-cirurgia.

42. Sou obrigado a aceitar a transferência para outro hospital?

Poderá recusar a sua transferência para outro hospital do SNS ou recusar cativar o vale-cirurgia e assim manter-se no seu hospital de origem. Para o efeito, deverá contactar o mais rapidamente possível a UCGIC para que esta possa actualizar o seu processo e o enviar novamente para o seu hospital. A não aceitação da transferência implicará uma actualização da data de inscrição para a data em que comunicou a sua recusa.

Para simplificar e acelerar o tratamento dos processos, considera-se como aceite a transferência para outro hospital do SNS ou o vale-cirurgia se não enviar qualquer resposta no prazo de 15 dias à UCGIC, depois de ter recebido a carta com a notificação da transferência.

43. Posso escolher o hospital para o qual vou ser transferido?

No âmbito do SNS, a UCGIC procurará encontrar o hospital público que garanta uma resposta ao seu tratamento o mais rápida possível e que esteja o mais próximo possível da sua residência. Se receber um vale-cirurgia poderá escolher o hospital social ou privado em que quer ser operado, desde que esta tenha uma convenção com o Ministério da Saúde e que garanta a realização da cirurgia no prazo de três meses.

44. Vou receber informação sobre o hospital para o qual vou ser transferido?

Sim, pode receber toda a informação de que necessita sobre o hospital para o qual vai ser transferido através da UHGIC do hospital em que se inscreveu. No caso de receber um vale-cirurgia, receberá também uma lista com os hospitais sociais ou privados convenccionados em que pode ser operado, bem como a indicação do hospital privado ou social que se encontra mais perto da sua residência e que realiza o tipo de cirur-

gia de que precisa. Em qualquer caso, a UHGIC poderá dar-lhe mais informação, esclarecê-lo e aconselhá-lo na melhor opção para o seu caso.

45. Quando e como serei contactado para a marcação da cirurgia, no caso de ser transferido?

Após a recepção da nota de transferência para outro hospital, será contactado pelo hospital de destino para marcação de uma consulta. O contacto poderá ser realizado através de contacto telefónico, e-mail ou carta registada. O hospital de destino tentará contactá-lo até três vezes, privilegiando o telefone/telemóvel e recorrerá à carta registada caso não consiga contactá-lo de outra forma. Caso não responda a estes contactos, a sua inscrição será cancelada.

46. Em que hospitais posso utilizar o meu vale-cirurgia?

Pode utilizar o vale-cirurgia em qualquer hospital social ou privado com a qual o Ministério da Saúde tenha uma convenção. Ser-lhe-á enviado para a sua morada, juntamente com o vale-cirurgia, uma lista com os hospitais convencionados e respectivos contactos. De forma a facilitar a sua escolha será também incluída a indicação do hospital privado ou social que se encontra mais perto da sua residência e que realiza o tipo de cirurgia a que foi proposto. Adicionalmente, a UHGIC do hospital em que se inscreveu dar-lhe-á todo o apoio na escolha do hospital convencionado mais adequado.

47. Que garantias tenho da qualidade dos serviços prestados nos hospitais sociais ou privados?

O Ministério da Saúde só realiza convenções com hospitais sociais ou privadas que prestem serviços cirúrgicos com níveis de qualidade adequados, de modo a garantir que o utente não é prejudicado pelo facto de ser transferido para outro hospital fora da rede SNS.

48. Até quando posso utilizar o vale-cirurgia?

O vale-cirurgia tem um prazo de validade impresso, que equivale a três meses após a emissão. Deverá seleccionar o hospital convencionado onde deseja realizar a sua cirurgia e entregar o seu vale-cirurgia dentro do prazo de validade.

49. O que acontece se eu deixar passar o prazo de validade e não tiver usado o vale-cirurgia?

Caso não tenha entregue o seu vale-cirurgia num dos hospitais convencionados pelo Ministério da Saúde dentro do prazo de validade, o vale-cirurgia ficará sem efeito, assumir-se-á que não está mais interessado na cirurgia e a sua inscrição na lista de inscritos será cancelada. Caso tenha alguma dúvida, deverá contactar a UCGIC do hospital em que se inscreveu.

50. Caso seja transferido para um hospital social ou privado, quem vai pagar a cirurgia?

A cirurgia será paga pelo SNS. O utente não terá qualquer encargo financeiro com a transferência para outro hospital, mesmo que este seja privado. No caso de desejar condições de alojamento superiores às acordadas com o hospital (por exemplo, quarto privado com televisão quando o acordado é enfermarias) o utente deverá pagar o diferencial de preço.

As deslocações ao hospital de destino relacionadas com episódios pré-operatórios, operatórios e pós-operatórios ficarão a cargo do hospital de origem (onde se inscreveu inicialmente). No entanto, a deslocação ao hospital de destino para entregar o vale-cirurgia ficará a cargo do utente.



51. Caso seja transferido e operado noutra hospital diferente daquele em que me inscrevi, onde farei os tratamentos/consultas pós-operatórias?

Os tratamentos e consultas pós-operatórias serão realizados no hospital para o qual foi transferido, durante um determinado período de tempo, que varia com o tipo de cirurgia realizada. Se após este período ainda necessitar de tratamentos pós-operatórios, o hospital em que inicialmente se inscreveu poderá assegurá-los. Em qualquer caso, e sempre que seja conveniente e apropriado, o seu médico poderá sugerir a realização destes tratamentos no seu Centro de Saúde.

52. Se tiver dúvidas sobre o meu processo de transferência para outro hospital, a quem devo recorrer para esclarecimentos?

Deverá contactar a UHGIC do hospital em que se inscreveu para obter informações sobre o seu processo de transferência.

53. O que é que acontece se o hospital para onde fui transferido não tiver condições para me tratar?

Na eventualidade de, após a sua transferência, o hospital de destino não ter capacidade para o operar no prazo de três meses, a UHGIC procurará transferi-lo o mais rapidamente possível para outro hospital do SNS ou emitirá um vale-cirurgia. Em qualquer caso, a sua data de inscrição na Lista de Inscritos não será alterada, mantendo assim a sua antiguidade na lista.

Realização da cirurgia

54. O que devo fazer caso não possa ser operado na data marcada pelo hospital mas continue interessado na cirurgia?

Deverá contactar a UHGIC do hospital onde realizará a sua cirurgia com antecedência e apresentar uma justificação plausível para não poder ser operado na data inicialmente agendada.

55. O que devo fazer caso queira desistir da cirurgia?

Deverá contactar a UHGIC do hospital onde realizará a sua cirurgia e pedir o cancelamento da sua inscrição, justificando a sua opção.

56. Se faltar a uma intervenção cirúrgica, o que acontece?

Se não apresentar um motivo plausível no prazo de 5 dias úteis, a sua inscrição será cancelada da lista de inscritos para cirurgia. Caso apresente um motivo plausível, só poderá faltar duas vezes, sendo que à terceira falta, e ainda que apresentando motivo plausível, a sua inscrição será cancelada. Para voltar a reinscrever-se na lista, terá de marcar uma nova consulta com o seu médico.

57. O que é uma convenção?

Uma convenção é um acordo realizado entre o Ministério da Saúde e um conjunto de hospitais privados ou sociais para a realização de cirurgias a utentes inscritos nos hospitais do SNS. Para ter acesso a este conjunto de hospitais é necessário que o hospital onde o utente se inscreveu não o tenha conseguido operar no prazo de nove meses e que tenha sido enviado ao utente um vale-cirurgia. Para facilitar a identificação dos hospitais que pertencem a esta convenção, juntamente com o vale-cirurgia é enviado ao utente uma lista dos hospitais onde poderá recorrer para a realização da cirurgia. Estes hospitais, para além de serem

responsáveis pela realização da cirurgia dos utentes que a ele recorrem, devem ainda realizar consultas pré-operatórias e todos os tratamentos/consultas pós-operatórias que estejam associadas à cirurgia e que ocorram num período de tempo pré-definido. Após este prazo o utente procede o seu tratamento no hospital SNS onde inicialmente se inscreveu.



10.6. Ficha Técnica - Capacidade instalada do hospital

Hospital: _____

Contactos para eventual esclarecimento de dúvidas:

Nome _____

Telefone _____

E-mail _____

Nota: A informação constante da Ficha Técnica é considerada oficial e da responsabilidade do Conselho de Administração do hospital.

INDICADORES	RECURSOS AFECTOS A CIRURGIA PROGRAMADA	TOTAL	POR SERVIÇO CIRÚRGICO
1	MEIOS FÍSICOS (por Serviço Cirúrgico quando for o caso)		
1.1	Nº vestuários no BO		
1.2	Nº lavabos no BO		
1.3	Nº salas no BO para cirurgia convencional		
1.4	Nº salas no BO para cirurgia de ambulatório (1)		
1.5	Nº total de salas no BO		
1.6	Nº salas do BO para cirurgia convencional em Produção Adicional/PECLEC		
1.7	Nº salas do BO para cirurgia de ambulatório em Produção Adicional/PECLEC		
1.8	Nº salas do BO exclusivas para a Urgência		
1.9	Nº camas na(s) sala(s) de indução no Bloco Operatório		
1.10	Nº camas na(s) sala(s) de recobro no Bloco Operatório		
1.11	Nº camas na UCI		
1.12	Nº camas de enfermaria dos Serviços Cirúrgicos		
1.13	Nº camas de internamento do hospital		
1.14	Nº camas de recobro cirúrgico fora do BO (2)		
1.15	Nº de horas disponíveis no BO convencional para produção base por dia		

INDICADORES	RECURSOS AFECTOS A CIRURGIA PROGRAMADA	TOTAL	POR SERVIÇO CIRÚRGICO
1.16	Nº de horas disponíveis no BO ambulatório para produção base por dia		
1.17 = 1.15 + 1.16	Nº de horas disponíveis no BO para produção base por dia		
1.18	Nº horas médio por dia de BO afectas à cirurgia convencional para Produção Adicional (2)		
1.19	Nº horas médio por dia do BO afectas à cirurgia de ambulatório para Produção Adicional (2)		
1.20	Serviço de sangue disponível 24 horas		
1.21	Imagiologia disponível 24 horas		
1.22	Laboratório de análises clínicas disponível 24 horas		
1.23	Cirurgião (Prevenção ou Permanência 24 horas)		
1.24	Anestesista (Prevenção ou Permanência 24 horas)		
1.25	UPS (sistemas de suporte de vida) no BO		
1.26	Gerador de emergência		
1.27	Circuito Limpo/Sujo independentes no BO		
1.28	Sistema de ventilação com pressão positiva e filtragem do ar nas salas do BO		
1.29	Exaustores de gases		
1.30	Monitorização do ar das salas do BO		
1.31	Controlo da temperatura das salas do BO		
1.32	Hospital com Urgência Cirúrgica		
1.33	Hospital com atendimento permanente não programado		
1.34	Hospital com actividade de ensino pré-licenciatura médico		
1.35	Hospital com actividade de ensino pré-licenciatura de enfermagem		
1.36	Hospital com internatos médicos		
1.37	Descrição do tratamento de resíduos hospitalares (Máx. 2 linhas)		
1.38	Descrição dos equipamentos de esterilização (Máx. 4 linhas)		
1.39	Outras observações sobre os meios físicos do hospital (Máx. 4 linhas)		
2	TÉCNICAS E EQUIPAMENTOS ESPECIAIS DISPONÍVEIS NO BO (3)		
2.1	Nº "packs" para equipar o BO para Artoescopias		

INDICADORES	RECURSOS AFECTOS A CIRURGIA PROGRAMADA	TOTAL	POR SERVIÇO CIRÚRGICO
2.2	Nº "packs" para equipar o BO para Cirurgia Vascular Endoscópica		
2.3	Nº "packs" para equipar o BO para Laparoscopia		
2.4	Nº "packs" para equipar o BO para Mediastinoscopia		
2.5	Nº "packs" para equipar o BO para Toracoscopia		
2.6	Nº "packs" para equipar o BO para Uretrocistoscopia / RTU		
2.7	Nº aparelhos de Broncoscopia Flexível / Rígida		
2.8	Nº aparelhos de Criocirurgia		
2.9	Nº aparelhos de Ecodopler		
2.10	Nº aparelhos de Ecografia		
2.11	Nº aparelhos de Endoscopia digestiva		
2.12	Nº aparelhos de Laringoscopia Flexível		
2.13	Nº aparelhos de Lazer Argon		
2.14	Nº aparelhos de Lazer CO2		
2.15	Nº aparelhos de Neuro estimulador		
2.16	Nº aparelhos de Pace Maker externo		
2.17	Nº aparelhos de Radiologia		
2.18	Nº aparelhos de Sondas Gama Câmara		
2.19	Nº de unidades de ventilação assistida fora das salas de BO		
2.20	Nº de ventiladores de transporte		
2.21	Nº salas do BO equipadas para Cirurgia Cardíaca aberta		
2.22	Nº salas do BO equipadas para Cirurgia Cardíaca endoscópica		
2.23	Nº salas do BO equipadas para Microcirurgia		
2.24	Nº salas do BO equipadas para Neurocirurgia		
2.25	Nº salas do BO equipadas para Ortopedia		
2.26	Nº salas do BO equipadas para Transplantes		
2.27	(Substituir por meios ou técnicas especiais)		

INDICADORES	RECURSOS AFECTOS A CIRURGIA PROGRAMADA	TOTAL	POR SERVIÇO CIRÚRGICO
2.28	(Substituir por meios ou técnicas especiais)		
2.29	(Substituir por meios ou técnicas especiais)		
2.30	(Substituir por meios ou técnicas especiais)		
2.31	Outras observações sobre meios ou técnicas especiais disponíveis no BO do hospital (Máx. 4 linhas)		
3	MEIOS HUMANOS (que utilizam regularmente o BO para cirurgia programada)		
3.1	Nº de serviços cirúrgicos		
3.2	Nº médicos cirurgiões especialistas que prestam serviço no BO		
3.3	Nº médicos internos, de especialidade cirúrgica (nº médio caso seja flutuante), incluindo os estagiários, no caso em regime de internato		
3.4	Nº médicos anestesiologistas especialistas		
3.5	Nº médicos internos de especialidade anestésica (médio se o número for flutuante) incluem-se estagiários se em internato		
3.6	Nº enfermeiros no BO		
3.7	Nº auxiliares no BO		
3.8	Nº administrativos no BO		
3.9	Nº de outros funcionários não classificáveis nos grupos anteriores no BO		
3.10	Nº enfermeiros associados a Serviços Cirúrgicos		
3.11	Nº auxiliares associados a Serviços Cirúrgicos		
3.12	Nº administrativos associados a Serviços Cirúrgicos		
3.13	Nº de outros funcionários não classificáveis nos grupos anteriores associados a Serviços Cirúrgicos		
3.14	Nº horas de trabalho de anestesiologistas afectos ao BO por semana (4)		
3.15	Nº horas de trabalho de médicos cirurgiões por semana (4)		
3.16	Nº horas de trabalho de enfermeiros afectos ao BO por semana (4)		
3.17	Nº horas de trabalho de auxiliares afectos ao BO por semana (4)		
3.18	Nº horas de trabalho de administrativos afectos ao BO por semana (4)		
3.19	Nº horas de trabalho de outros colaboradores no BO por semana (4)		
3.20	Nº total de profissionais contratados do hospital		
3.21	Nº total de funcionários públicos do hospital		

INDICADORES	RECURSOS AFECTOS A CIRURGIA PROGRAMADA	TOTAL	POR SERVIÇO CIRÚRGICO
3.22	Outras observações sobre meios humanos do hospital (Máx. 4 linhas)		
4	PRODUÇÃO CIRÚRGICA		
4.1	Nº propostas operatórias para cirurgia convencional e ambulatoria em 2003		
4.2	Nº propostas operatórias para cirurgia convencional e ambulatoria em 2004		
4.3	Nº total de inscritos na Lista de Inscritos para Cirurgia em 31-12-2004		
4.4	Nº de episódios de cirurgia convencional em 2003 (5) (6)		
4.5	Nº de episódios de cirurgia convencional em 2004 (5) (6)		
4.6	Nº de episódios de cirurgia de ambatório em 2003 (5) (1)		
4.7	Nº de episódios de cirurgia de ambatório em 2004 (5) (1)		
4.8 = 4.4 + 4.6	Nº total de episódios de cirurgia programada em 2003		
4.9 = 4.5 + 4.7	Nº total de episódios de cirurgia programada em 2004		
4.10	Nº de episódios de pequena cirurgia em 2003 (7)		
4.11	Nº de episódios de pequena cirurgia em 2004 (7)		
4.12	Nº de readmissões em internamentos cirúrgicos em 2004 (8)		
4.13	Nº de doentes equivalentes do total de internamentos em 2003		
4.14	Nº de doentes equivalentes do total de internamentos em 2004		
4.15	Case Mix do hospital em 2003		
4.16	Case Mix do hospital em 2004		
4.17	% ocupação da UCI com doentes cirúrgicos em 2004 (9)		
4.18	% ocupação da UCI em 2004 (10)		
4.19	% de ocupação das camas do hospital em 2004		
4.20	Nº de dias de internamento de episódios de internamento cirúrgico concluídos em 2003		
4.21	Nº de dias de internamento de episódios de internamento cirúrgico concluídos em 2004		
4.22	Nº de dias de doentes cirúrgicos internados na UCI em 2004		
4.23	Nº de consultas externas de primeira vez em 2004		
4.24	Nº de consultas externas subsequentes em 2004		

INDICADORES	RECURSOS AFECTOS A CIRURGIA PROGRAMADA	TOTAL	POR SERVIÇO CIRÚRGICO
4.25	Nº médio de horas dispendidas por médico cirurgião no BO por semana		
4.26	Nº médio de horas dispendidas por anestesista no BO por semana		
4.27	Outras observações sobre a produção cirúrgica do hospital (Máx. 4 linhas)		
5	CUSTO DE PRODUÇÃO CIRÚRGICA (só para hospitais públicos)		
5.1	Custo unitário da consulta externa relativa aos Serviços Cirúrgicos (incluindo MCDT's solicitados)		
5.2	Custo anual de exploração do BO relativamente à cirurgia programada (11)		
5.3	Custo diário médio de 1 dia de internamento para cirurgia programada		
5.4	Custo diário médio de 1 dia de UCI		
5.5	Custo total de horas de trabalho por médico cirurgião por ano		
5.6	Custo total de horas de trabalho por anestesista por ano		
5.7	Custo total de horas de trabalho por enfermeiro por ano		
5.8	Custo total de horas de trabalho por auxiliar por ano		
5.9	Custo total de horas de trabalho por administrativo por ano		
5.10	Outras observações sobre o custo da produção cirúrgica do hospital (Máx. 4 linhas)		

Observações:

Os espaços a cinzento não são para ser preenchidos.

(1) Entende-se por cirurgias de ambatório todas as que cumprem os seguintes critérios: 1) >50k da tabela da OM, sujeitos a anestesia geral; 2) internamento não superior a 24 horas; e 3) utilização do BO central ou BO próprio.

(2) Só as que possuírem equipamento mínimo de monitorização ECG.

(3) Acrescentar as técnicas que não constem na tabela.

(4) Nos indicadores 3.14 a 3.19, não se inclui a actividade de Urgência, não se inclui os internos ou estagiários e não se contabiliza a actividade Adicional / PECLEC.

(5) Entende-se por episódio de cirurgia o evento que decorre numa sala de Bloco Operatório (BO) onde ocorram um ou mais procedimentos cirúrgicos, simultâneos ou sequenciais, num determinado período de tempo em que o doente permanece anestesiado e constantemente nas instalações do BO, sob a alçada do cirurgião responsável por estes procedimentos.

(6) Um doente operado 3 vezes em tempos distintos conta como 3 episódios.

(7) Pequena cirurgia é uma intervenção cirúrgica com valor inferior a 50 K, conforme a tabela da Ordem dos Médicos.

(8) O número de readmissões é de acordo com as normas do IGIF episódios de internamento subsequentes a outros episódios classificados em GDH cirúrgico, desde que ocorridos num período de tempo igual ou inferior a 72 horas (excluídos os episódios do segundo internamento em que este é classificado nos GDH 249, 317, 409, 410, 492, 465, 466).

(9) Fórmula: Somatório do nº dias de internamento na UCI de doentes cirúrgicos / Somatório do nº dias de internamento na UCI.

(10) Fórmula: Somatório do nº dias de internamento na UCI / (Nº camas da UCI x 365).

(11) Nos custos do BO, caso exista uma parcela afecta à Urgência deverá ser retirada.



10.7. Formulários

10.7.1. Modelo da Proposta de Cirurgia



Hospital XXXX

Nome: _____
 Morada: _____
 Telefone (horário laboral) _____ (horário pós-laboral) _____
 Data de Nascimento ☐☐☐☐☐☐☐☐
 N° Processo ☐☐☐☐☐☐☐☐ N° Cartão de Utente ☐☐☐☐☐☐☐☐
 N° de BI ☐☐☐☐☐☐☐☐
 Entidade Responsável _____ N° de Beneficiário ☐☐☐☐☐☐☐☐

Serviço _____

CID _____

Diagnóstico base _____

CID _____

Diagnóstico pré-operatório: _____

CID _____

CID _____

CID _____

Procedimento cirúrgico previsto: _____

CID _____

CID _____

CID _____

CID _____

Tipo de cirurgia: ☐ Convencional ☐ Ambulatória
 Tipo de episódio: ☐ Isolado ☐ Bilateralidade ☐ Associado por Complicações ☐ Associado por Procedimentos Múltiplos
Episódio subsequente: ☐ Não ☐ SimLateralidade: ☐ Bilateral ☐ Direito ☐ Esquerdo ☐ Não Aplicável
 Nível de prioridade clínica: ☐ Normal ☐ Prioritário ☐ Muito Prioritário ☐ Urgência Diferida
 Nível 1 Nível 2 Nível 3 Nível 4
Avaliação pré-operatória: ☐ Pendente ☐ Realizada

ASA _____

Necessidades específicas de suporte peri-operatório: ☐ Não ☐ SimExistência de patologia ou problemas associados: ☐ Não ☐ Sim

Observações:

Justificar o tipo de episódio nos casos "Bilateralidade", "Associado por Complicações" e "Associado por Procedimentos Múltiplos"; Justificar o tipo de episódio nos casos "Bilateralidade", "Associado por Complicações" e "Associado por Procedimentos Múltiplos"; Justificar a prioridade clínica dada à proposta cirúrgica do utente, nos casos "Prioritário", "Muito Prioritário" e "Urgência Diferida"; Especificar as necessidades de suporte perioperatório no caso de resposta "Sim"; Especificar todas as patologias ou problemas associados que possam condicionar o estudo pré-operatório, a admissão ou a intervenção cirúrgica do utente, no caso de resposta "Sim".

Médico proponente _____ (nome clínico)

**Vinheta do
Médico**

_____ (assinatura)

_____, ____ de _____ de _____



10.7.2. Modelo único da Proposta de Cirurgia e Nota de Consentimento



Hospital XXXX

Nome: _____
Morada: _____
Telefone (horário laboral) _____ (horário pós-laboral) _____
Data de Nascimento ☐☐☐☐☐☐☐☐
Nº Processo ☐☐☐☐☐☐☐☐ Nº Cartão de Utente ☐☐☐☐☐☐☐☐
Nº de BI ☐☐☐☐☐☐☐☐
Entidade Responsável _____ Nº de Beneficiário ☐☐☐☐☐☐☐☐

Serviço _____

CID _____

Diagnóstico base _____

CID _____

Diagnóstico pré-operatório: _____

CID _____

CID _____

CID _____

Procedimento cirúrgico previsto: _____

CID _____

CID _____

CID _____

CID _____

Tipo de cirurgia: ☐ Convencional ☐ Ambulatória

Tipo de episódio: ☐ Isolado ☐ Bilateralidade ☐ Associado por Complicações ☐ Associado por Procedimentos Múltiplos

Episódio subsequente: ☐ Não ☐ Sim

Lateralidade: ☐ Bilateral ☐ Direito ☐ Esquerdo ☐ Não Aplicável

Nível de prioridade clínica: ☐ Normal ☐ Prioritário ☐ Muito Prioritário ☐ Urgência Diferida

Nível 1

Nível 2

Nível 3

Nível 4

Avaliação pré-operatória: ☐ Pendente ☐ Realizada

ASA _____

Necessidades específicas de suporte peri-operatório: ☐ Não ☐ Sim

Existência de patologia ou problemas associados: ☐ Não ☐ Sim

Observações:

Médico proponente _____ (nome clínico)

**Vinheta do
Médico**

_____ (assinatura)

_____, ____ de _____ de _____

AUTORIZAÇÃO DO UTENTE OU SEU REPRESENTANTE

Eu (nome do utente) _____ com o número de processo clínico _____ confirmo os dados acima apresentados e autorizo a minha inclusão na lista de inscritos para cirurgia para a intervenção cirúrgica proposta tendo lido e aceite os direitos e deveres que me são reconhecidos.

(Assinatura)

_____, ____ de _____ de _____

10.7.3. Modelo dos Direitos e Deveres do Utente

Direitos dos utentes

- e) Beneficiar de um atendimento humanizado e profissional;
- f) Dar o seu consentimento para ser operado;
- g) Ser informado dos passos necessários para realizar a sua inscrição na lista de inscritos para cirurgia e da fase em que se encontra a sua inscrição;
- h) Ser informado sobre o seu estado clínico;
- i) Invocar motivo plausível para a não comparência no hospital às convocatórias a terem lugar associadas à proposta cirúrgica;
- j) Ter a garantia de que será tratado dentro de um tempo de espera máximo definido pelo regulamento.

Deveres do utente

- a) Autorizar por escrito a cirurgia que lhe foi proposta e aceitar as normas e regulamentos em vigor;
- b) Manter os seu dados de contacto permanentemente actualizados, informando a UHGIC sobre qualquer alteração;
- c) Comunicar imediatamente à UHGIC qualquer situação que impeça e/ou determine o adiamento da realização da cirurgia;
- d) Comparecer a todos os episódios associados à cirurgia proposta ou justificar a sua ausência nos termos do regulamento;
- e) Apresentar reclamação por escrito à UHGIC ou UCGIC sempre que detectar irregularidades em alguma das fases da sua inscrição para cirurgia.

Notas:

O que é um episódio?

Episódio corresponde a consultas, exames pré-operatórios e tratamentos pós-operatórios relacionados com a cirurgia do utente.

O que é um motivo plausível?

Motivo plausível é a justificação por escrito dada pelo utente considerada suficiente para justificar a sua falta de comparência ao episódio convocado pelo hospital.

Sempre que o motivo da falta for profissional ou clínico, deverá apresentar esta justificação juntamente com uma declaração da entidade patronal ou de atestado médico, respectivamente.

A justificação da falta deverá ser apresentada à UHGIC num prazo de 5 dias úteis após a não comparência ao episódio.

Como e qual o prazo para apresentar uma reclamação?

A reclamação deve ser apresentada no prazo de dez dias úteis a contar do dia em que ocorreram os factos ou que teve conhecimento dos mesmos, devendo conter a identificação completa do utente e do processo, bem como a descrição clara da situação verificada.

10.7.4. Nota explicativa do preenchimento da proposta de cirurgia

Toda a informação constante da proposta é da responsabilidade do médico proponente, dado esta ser a formalização de um contrato entre o utente e a instituição na pessoa do médico. Caso existam transcrições, deve ser especialmente garantido pelo médico que a informação clínica está de acordo com o que por si foi estabelecido.

- **Serviço:** Refere-se ao Serviço que irá responsabilizar-se pela proposta cirúrgica.
- **Diagnóstico base:** Refere-se ao conjunto de diagnósticos que caracterizam as doenças/problemas que deram origem à actual situação clínica, alvo da proposta cirúrgica principal.
- **Diagnóstico pré-operatório:** Refere-se à situação clínica que conduz à proposta de procedimento cirúrgico. Se a doença for primária ou não for possível estabelecer um nexo de causalidade, deve-se repetir o diagnóstico de base no campo para o diagnóstico pré-operatório. Podem-se acrescentar outros diagnósticos ditos secundários que não têm necessariamente de ter relação entre si ou sequer relação com o diagnóstico principal.
- **Procedimento cirúrgico:** Conjunto de procedimentos cirúrgicos que estão previstos serem efectuados ao utente. Para este efeito, não se incluem aqueles que estejam classificados de acordo com a tabela de procedimentos cirúrgicos da Ordem dos Médicos com um valor inferior a 50K que não necessitem de apoio da equipa anestésica e recurso ao bloco operatório.

A descrição dos diagnósticos e procedimentos deve ser efectuada em linguagem clínica corrente. A codificação dos diagnósticos e procedimentos faz-se pela Classificação Internacional de Doenças, 9ª edição (CID-9-MC), seguindo a sequência descrita no texto.

O primeiro procedimento a ser descrito (e respectivo código) diz-se principal e refere-se ao diagnóstico principal. Os restantes procedimentos dizem-se complementares e não necessitam obrigatoriamente de estar relacionados, assim como não existe necessariamente uma relação obrigatória com os outros diagnósticos secundários.

- **Tipo de cirurgia:** Indica se é o utente é proposto ser intervencionado em cirurgia de ambulatório ou em cirurgia convencional.
- **Tipo de episódio:** Indica se o episódio actual decorre de outro anterior, nomeadamente em situações de procedimentos múltiplos (como o caso da bilateralidade) ou de complicações.
- **Episódio subsequente:** Serve para indicar se está previsto existir no futuro outro episódio a este associado (como o caso de uma patologia bilateral).
- **Lateralidade:** Diz respeito ao procedimento pré-operatório principal e indica a lesão que se pretende tratar.
- **Níveis de prioridade:** São atribuídos tendo em conta o tipo de doença, a gravidade, o impacto na vida do utente, e a velocidade de progressão da doença. Este nível poderá ser alterado no decurso da espera, caso a situação clínica assim o imponha, ficando, no entanto, sempre registado o valor inicial e devendo ser justificada a razão da alteração. Quando o nível atribuído for diferente de "normal" terá de ser incluída uma justificação no campo das observações. Os níveis definidos na prioridade clínica subentendem os seguintes conceitos:

- Nível 1: Pode esperar até ao tempo máximo estabelecido, sem que incorra em perigo de agravamento do seu estado de saúde;
 - Nível 2: Refere-se a utentes que não devem esperar mais de 2 meses pela cirurgia;
 - Nível 3: Refere-se aos utentes que deverão ser tratados num prazo máximo de 15 dias;
 - Nível 4: Entende-se por urgência diferida a situação em que um utente que se encontra em crise aguda é proposto para uma intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada.
- **Avaliação pré-operatória:** Está definida, por defeito, como pendente, quando o médico entender que o utente tem a avaliação pré-operatória concluída (incluindo a consulta anestésica quando esta for necessária) deverá ser passado a realizado para que o utente possa ser agendado.
 - **ASA:** Embora se recomende o preenchimento deste campo, ele é facultativo.
 - **Necessidades específicas de suporte peri-operatório:** Deve ser assinalado este campo com a opção “sim” sempre que for previsto ter de recorrer a recursos no pré-operatório imediato, intra-operatório e pós-operatório imediato não disponíveis habitualmente em todos os blocos operatórios (Por exemplo, equipamento para perfusão extra corporal, doseamento rápido de hormona para-tiroideia, cardiologista de presença permanente, Unidade de Cuidados Intensivos). Neste caso, deverá nas observações existir uma descrição exaustiva que caracterize em pleno estas necessidades.
 - **Existência de patologia ou problemas associados:** Deve ser assinalado este campo com a opção “sim” sempre que existam situações que possam condicionar o tratamento, que interfiram na reacção do utente à terapêutica e que impliquem terapêuticas de suporte ou vigilância especial. Neste caso, deverá nas observações existir uma descrição exaustiva que caracterize em pleno as patologias ou problemas.
 - **Observações:**
 - Justificar o **tipo de episódio** nos casos “Bilateralidade”, “Associado por Complicações” e “Associado por Procedimentos Múltiplos”;
 - Justificar a **prioridade clínica** dada à proposta cirúrgica do utente, nos casos “Prioritário”, “Muito Prioritário” e “Urgência Diferida”;
 - Especificar as **necessidades de suporte peri-operatório** no caso de resposta “Sim”;
 - Especificar todas as **patologias ou problemas associados** que possam condicionar o estudo pré-operatório, a admissão ou a intervenção cirúrgica do utente, no caso de resposta “Sim”.
 - **Observações gerais:** Espaço reservado para colocar outras observações pertinentes para melhor descrição da proposta.

O **conteúdo da proposta** fica obrigatoriamente encerrado aquando da emissão do certificado de inscrição ao utente, excepto para os campos:

- Tipo de cirurgia;
- Nível de prioridade;
- Avaliação pré-operatória;



- ASA;
- Necessidades de suporte peri-operatório;
- Existência de patologia ou problemas associados;
- Respectivos campos de observações.

10.7.5. Modelo da Nota de Consentimento



Hospital XXXX

Nome: _____
 Morada: _____
 Telefone (horário laboral) _____ (horário pós-laboral) _____
 Data de Nascimento ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
 N° Processo ☐☐☐☐☐☐☐☐ N° Cartão de Utente ☐☐☐☐☐☐☐☐
 N° de BI ☐☐☐☐☐☐☐☐
 Entidade Responsável _____ N° de Beneficiário ☐☐☐☐☐☐☐☐

Diagnóstico base _____

CID _____

Diagnóstico pré-operatório: _____

CID _____

CID _____

CID _____

CID _____

Procedimento cirúrgico previsto: _____

CID _____

CID _____

CID _____

CID _____

Médico que realiza a indicação _____ (nome clínico)

**Vinheta do
Médico**

_____ (assinatura)

_____, ____ de _____ de _____

AUTORIZAÇÃO DO UTENTE ou SEU REPRESENTANTE

Eu (nome do utente) _____ com o número de processo clínico _____ confirmo os dados acima apresentados e autorizo a minha inclusão na lista de inscritos para cirurgia para a intervenção cirúrgica proposta tendo lido e aceite os direitos e deveres que me são reconhecidos.

_____ (Assinatura)

_____, ____ de _____ de _____

10.7.6. Modelo do Certificado de Inscrição



Hospital XXXX

Nome completo do utente

Morada do utente

Estimado(a) Sr(a).

Vimos através da presente, informar V.Exa, que seu médico assistente considerou que a sua situação requer uma intervenção cirúrgica, motivo pelo qual foi incluído(a) na lista de inscritos para cirurgia deste hospital com o processo clínico nº _____, na Especialidade de _____ no dia _____.

Para alcançar o objectivo de o(a) operar o mais breve possível e garantir uma boa gestão da lista de inscritos, necessitamos da sua colaboração e compreensão para os aspectos constantes do folheto informativo dos Direitos e Deveres dos Utentes Inscritos para Cirurgia, que junto anexamos.

Encontramo-nos, à sua disposição para qualquer esclarecimento sobre a sua situação na lista de inscritos. Para o efeito, deverá, dirigir-se à Unidade Hospitalar de Gestão da Lista de Inscritos do hospital, cujos contactos se encontram referidos no final do documento.

Mais uma vez lhe agradecemos a confiança depositada neste hospital e esperamos poder contar com a sua ajuda para tornar este processo mais célere.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia

Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC)

Morada: _____
Nome da pessoa a contactar: _____
Telefone de contacto: _____
Horário de contacto: _____
Fax: _____
E-mail de contacto: _____
Endereço de internet: _____
Número de processo do utente: _____

Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC)

Morada: Av. João Crisóstomo nº9
1049-062 Lisboa
Telefone de contacto: 213 305 080
Horário de contacto: 9:00 às 17:00
Fax: 213 305 175
E-mail: unidadecentral@sigic.min-saude.pt

10.7.7. Modelo da Carta de Notificação de Transferência

Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgias
Nome completo do utente

Morada: _____

Tel: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Morada _____

Site: _____

Assunto: Notificação de Transferência

Caro(a) Utente,

No âmbito da sua missão, o Ministério da Saúde pretende dar garantias de tratamento aos utentes que se encontram registados na lista de inscritos para cirurgia nos hospitais da rede Serviço Nacional de Saúde dentro de um período de tempo admissível.

Nesse sentido, e porque se encontra inscrito para cirurgia no serviço de Especialidade Desconhecida do hospital _____, o Ministério da Saúde, oferece-lhe a possibilidade de resolver brevemente a sua situação clínica no Hospital _____ no Serviço de Ortopedia. Para isso, deverá aguardar pelo contacto deste hospital para marcação de uma consulta.

Na eventualidade de não estar interessado em realizar a referida intervenção na instituição indicada, solicitamos que nos informe por escrito através da devolução do destacável anexo devidamente preenchido, no prazo de dez dias úteis a contar da data de recepção desta carta, através do envelope RSF que lhe enviamos para o efeito ou através do envio do destacável por fax para o número referenciado no cabeçalho desta carta.

Aproveitamos ainda para o informar que, de acordo com o regulamento em vigor, caso opte por permanecer no hospital de origem (_____), perderá a antiguidade na lista de inscritos para cirurgia.

Se, pelo contrário, aceitar a transferência que lhe propomos mas, depois, faltar à intervenção cirúrgica e/ou aos exames/consultas pré-operatórios sem apresentar justificação para o efeito, procederemos ao cancelamento do seu registo na Lista de Inscritos para Cirurgia. Nesta situação, poderá sempre voltar a um hospital público para que a sua situação seja reavaliada.

Com os melhores cumprimentos,

 Pelo Ministério da Saúde

Justificação de Recusa de transferência do utente: 00000
Por favor assinale com um X a sua opção
☐ Desejo continuar no Hospital _____ (origem)

☐ Desejo cancelar o registo no hospital por _____

(por favor seleccione o motivo que mais se adequa à sua situação: desistência do utente, já ter sido operado no hospital de origem, já ter sido operado noutra unidade hospitalar distinta do hospital de origem, óbito do utente)

Assinatura do utente ou do seu familiar

Data

10.7.8. Modelo da Carta de Saída da LIC



Hospital XXXX

Nome completo do utente

Morada do utente

Caro(a) Sr(a).

Na sequência do contacto telefónico efectuado pelos nossos serviços no passado dia _____, vimos por este meio confirmar o cancelamento do seu registo na lista de inscritos para cirurgia do hospital, na especialidade _____, pelo motivo indicado:

- ☐ Desistência da intervenção cirúrgica;
- ☐ A intervenção cirúrgica já foi realizada no hospital _____ em _____;
- ☐ Não entrega da Nota de Consentimento no período de quinze dias após a realização da proposta de cirurgia;
- ☐ Falta de comparência não justificada à intervenção e/ou aos actos pré-operatórios marcados;
- ☐ Foi ultrapassado o número máximo de alternativas de agendamento do procedimento cirúrgico;
- ☐ Foi ultrapassado o prazo máximo previsto para a suspensão da inscrição por motivos pessoais;
- ☐ Outro motivo _____;

Por último gostaríamos de informá-lo(a) que poderá sempre voltar a um hospital do Serviço Nacional de Saúde para que a sua situação seja reavaliada.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Direcção do Hospital